

VOLUMEN XIV

JULIO - SEPTIEMBRE

No. 41

Archivos Venezolanos De Puericultura y Pediatría

Organo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría
y del Instituto de Investigación Pediátrica.



Director: Dr. PASTOR OROPEZA

Tip. Garrido

1951

DIODOQUIN

SEARLE

MENOS TOXICO... MENOS IRRITANTE... Y

MAS EFICAZ...

"Para la mayoría de los autores la droga de elección en el tratamiento de la amibiasis lo constituye el diodoquin; por ser el menos tóxico, menos irritante y más eficaz".

("Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría",
Vol. XIII, No. 39, Agosto-Diciembre, 1950).

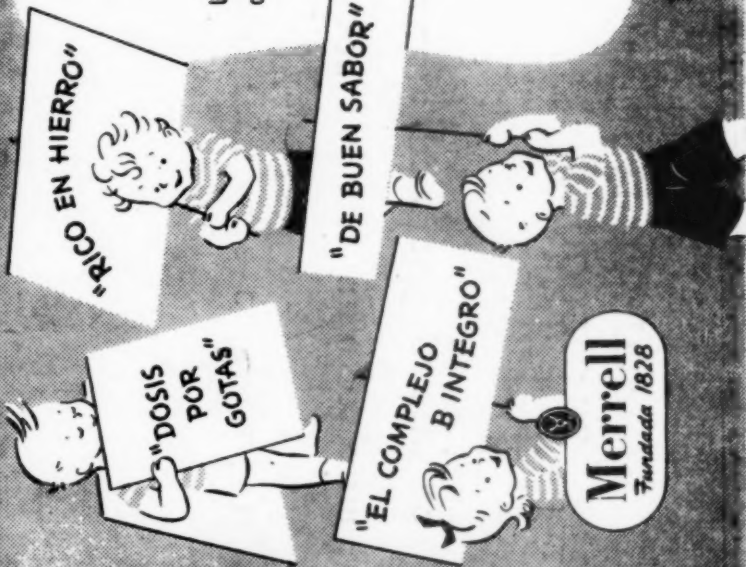
G. D. Searle & Co.

Representantes:

HIGIA, C. A.

TELEFONO 94.339 - Apartado 768

CARACAS



INFANMIN

Complejo B con Sulfato Ferroso

Un preparado de sabor agradable del complejo B íntegro concentrado, suplementado por el hierro, para infantes y niños.

Cada 1 cc. contiene:

Clorhidrato de Tiamina (B ₁)	0.8 mg.
Riboflavina (B ₂)	0.8 mg.
Niacinamida	5.0 mg.
Clorhidrato de Piridoxina (B ₆)	0.5 mg.
Hígado, fracción Complejo B	67.5 mg.
Extracto de Salvado de Arroz	67.5 mg.
Sulfato Ferroso	37.5 mg.

Dosis: De 1 a 3 cc. (20 a 60 gotas) al día.
Frascos de 30 cc. con cuentagotas.

THE W. L. MERRELL COMPANY • CINCINNATI, E. U. A.

BIO-LAX

(Jarabe de ciruelas manitado compuesto)

Por su buen sabor es casi una golosina laxante, especialmente para niños, que no produce hábitos.

PRODUCTO DE
LABORATORIOS
BIOGEN

Doble Acción Farmacológica
en el Alivio de la Congestión Nasal

Neo-Sinefrina

(Marca Registrada)

Con Tenfidil

Winthrop

NEO-SINEFRINA O FENILEFRINA: Preparación original de Winthrop que actúa como potente vasoconstrictor de acción más prolongada que la efedrina. No produce excitación nerviosa o palpitaciones.

TENFIDIL: Nueva antihistamina original de Winthrop, muy activa la aplicación tópica, atóxica y perteneciente a un grupo químico diferente al de otras antihistaminas corrientes.

NEO-SINEFRINA CON TENFIDIL: Asegura a la vez la acción descongestiva y la neutralización de la reacción alérgica. No produce sueño o mareo ni ninguna de las molestias habituales que siguen a la administración de antihistaminas.

Aprobado por el Consejo de Farmacia
y Química de los EE. UU.

COMPLEJO DE FACTORES
ANTIANEMICOS

HEPANTROPIL

AMPOLLAS
BEBIBLES

fólico

HIGADO
+ ANTROPILORICO
+ HIERRO
+ ACIDO FOLICO

FORMULA :

Cada ampolla contiene:

Extracto de Hígado, equivalente a	Gr. 25
(de hígado fresco	
Extracto Antropilórico, equivalente a	" 15
(de glándula fresca	
Acido Fólico	" 0.005
Citrato de Hierro Amoniacal	" 0.05
Vehículo aromatizado c. s. p.	" 5 c. c.

Dosis:

1 ó 2 ampollas al día, preferible antes de las comidas.
El contenido de la ampolla se puede ingerir con una pequeña cantidad de agua con o sin azúcar.

Presentación:

Hepantropil —Fólico— se presenta en Cajas de 10 y de 30 ampollas de 5 c. c., para administración oral exclusivamente.

Laboratorios del Pulmobronk

Compañía Anónima

CAPITAL Bs. 600.000

Apartado 1.841 Teléfonos 83277 - 93823

CARACAS -- VENEZUELA

*"...el producto que más
se acerca a la droga ideal..."*
para la infecciones pediátricas

Terramicina

CLORHIDRATO DE
CRISTALINA

RESULTADOS OBTENIDOS EN
62 NIÑOS TRATADOS CON TERRAMICINA[®]



NÚM. DE NIÑOS	DIAGNÓSTICO	BUENA RESPUESTA	SIN RESPUESTA
14	Neumonía lobar	14	0
31	Bronconeumonía	31	0
8	Otitis media	6	2
1	Amigdalitis	1	0
1	Sinusitis	1	0
2	Hepatitis infecciosa	0	2
1	Exantema súbito	0	1
1	Sarampión	0	1
1	Fiebre tifoidea	0	1
1	Laringotraqueobronquitis	1	0
1	Vaginitis gonocócica	0	1

*Potterfield, T. G., y Starkweather, G. A. J. Philadelphia General Hosp. 26 (enero) 1951.

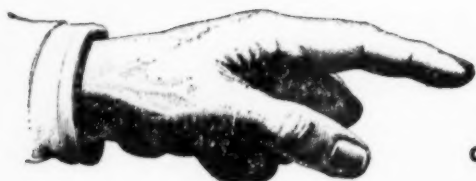
La Terramicina se suministra en CAPSULAS, frascos de 8 y 16 cápsulas de 250 mg.; frascos de 25 cápsulas de 100 mg.; frascos de 25 cápsulas de 50 mg. ELIXIR, 1.5 gm. con 1 oz. flúida de diluyente. GOTAS ORALES, 2 gm. con 10 c.c. de diluyente y un cuentagotas calibrado. INTRAVENOSA, frascos de 10 c.c. con 250 mg.; frascos de 20 c.c. con 500 mg. UNGÜENTO, 30 mg. por gm. de ungüento, tubos de 1/2 oz. UNGÜENTO OFTÁLMICO, 5 mg. por gm. de ungüento, tubos de 1/8 de oz. SOLUCIÓN OFTÁLMICA, frascos cuentagotas de 5 c.c. con 25 mg., para la preparación de soluciones tópicas. PASTILLAS, 15 mg. por pastilla, cajas de 24.

Distribuidor:

PALENZONA & CIA, C. A.
Urbanización San Bernardino
Caracas, Venezuela.



Export Department
CHAS. PFIZER & CO., INC.
81 Maiden Lane, New York 38, N.Y.



DIARREA INFANTIL

COLICO



ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES



ENFERMEDADES INFECCIOSAS

OBESIDAD



VEJEZ



Proteína versátil

para pacientes de todas las edades



El Casec es un concentrado de proteína (88%) de alta calidad. Contiene apenas grasa, y provee cantidades generosas de calcio y fósforo.

Por espacio de casi tres decenios muchos médicos han utilizado el Casec® como un auxiliar valioso en el tratamiento de la diarrea infantil y el cólico.

Otro empleo igualmente importante del Casec es como suplemento dietético en los numerosos estados en que está indicada una dieta rica en proteína y pobre en grasa.

El Casec ofrece la ventaja de que se puede agregar a alimentos líquidos o sólidos sin afectar el sabor natural de los mismos.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos. *Marca Registrada

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

VOL. XIV

JULIO — SEPTIEMBRE 1951

No. 41

Director: Dr. Pastor Oropeza.

Secretarios de Redacción:

Dr. L. Potenza

Dr. G. Tovar-Escobar

Consejo de Redacción:

Dr. Gustavo Machado

Dr. L. Potenza

Dr. Ernesto Vizcarrondo

Dr. Guillermo Degwitz

Dra. Lya Imber de Coronil

Dr. G. Tovar-Escobar

Dr. Julio Murzi D'Alta

Dr. Miguel Raga.

Administrador:

Dr. Ernesto R. Figueroa

Dirección y Administración:

Archivos Venezolanos de Pueri-
cultura y Pediatría. — Apartado
Postal 3122 — Caracas, Venezuela.

SUMARIO:

TRABAJOS ORIGINALES:

Parálisis del diafragma en el recién nacido. Por el Dr. J. J. Mayz Lyon.	99
Colecistopatía crónica en el niño. Por el Dr. F. Jaso.	113

CASOS CLINICOS:

Un caso de Amiotonia congénita de Oppenheim. Por el Dr. Francisco Miranda Ruiz.	135
---	-----

CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO:

Informe anual 1951.	139
-----------------------------	-----

CRONICAS Y NOTAS:

Datos históricos sobre el Hospital de niños "J. M. de los Ríos" y el nuevo Hospital de Niños de Caracas.	
Promoción Pastor Oropeza. Tercer Congreso Suramericano de Pediatría. Congreso de Pediatría de Montevideo. Concurso Científico de la Real Academia de Medicina (Sevilla).	128
Notas Odontológicas.	172

LIBROS Y REVISTAS.

Publicaciones recibidas.	210
Índice del Volumen XIII.	212

SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Junta Directiva

Presidente: Dr. Guillermo Rangel.

Vice-presidente: Dr. H. Landaeta Payares.

Secretario: Dr. G. Tovar Escobar.

Tesorero: Dr. Miguel Raga.

Bibliotecario: Dr. L. Potenza.

Vocales: } Juvenal Irazábal
Dr. J. J. Mayz Lyon.

Director de la Revista: Dr. Pastor Oropeza.

Miembros

Dr. Aguiar Nieto, Ramón
Dr. Arroyo Parejo, Humberto
Dr. Acosta Vaamonde, Enrique
Dr. Alvarez, Pedro J.
Dr. Arreaza, Nestor
Dr. Ayala, Luis A.
Dr. Barnola, José
Dr. Barrera Moncada, Gabriel.
Dr. Briceño, Alfonso
Dr. Castillo, Carlos
Dr. Cárdenas Farias, N.
Dr. Calcaño, Rafael
Dr. Camejo T., Carlos
Dr. Coronil, F. R.
Dr. Coronil, Lya Imber de
Dr. Degwitz, Guillermo
Dr. Díaz, León
Dr. Díaz Lander, R.
Dr. Ferro, Raúl
Dr. Figueroa, Ernesto R.
Dr. Flores, Guillermo
Dr. Franco, Miguel
Dr. García Maldonado, Leopoldo
Dr. Gil Yépez, Carlos
Dr. Gil, Armando
Dr. González Vera, Pedro
Dr. Gámez, Luis E.
Dr. Garmendia, Alfonso, (Barquisimeto)
Dr. Genatio, Tomás
Dr. Gómez Ruiz, Rosario
Dr. González Celis, Arnaldo
Dr. González Vera, Pedro
Dr. Hedderich, Hernán
Dr. Henríquez, Joffre
Dr. Hernández, Marcial
Dr. Isaguirre, Pablo
Dr. Irazábal, Juvenal
Dr. Jiménez, Luis, (Maracay)
Dr. Joly, Luis
Dr. Landaeta Payares, H.
Dr. López Ulloa, J. A.
Dr. Lara, Germán

Dr. Lares Campos, Carlos
Dr. López Henríquez, M.
Dr. Lander, Manuel M.
Dr. Lizarraga, Jorge, (Valencia).
Dr. Lavié, Jesús
Dr. Mayz Lyon, J. J.
Dr. Mayz Vallenilla, Oscar, (Maracaibo)
Dr. Márquez Irigory, E.
Dr. Martínez, Temístocles
Dr. Méndez, Hernán
Dr. Miranda Ruiz, Francisco M.
Dr. Mendoza, E. Santos
Dr. Matheus, Alberto
Dr. Machado, Gustavo
Dr. Murzi, D' Alta, E.
Dr. Márquez Reverón, Victorino
Dr. Navarro, Luis E.
Dr. Nieves Bertí, R.
Dr. Ochoa, Juvencio
Dr. Oropeza, Pastor
Dr. Potenza, L.
Dr. Quintero, Hernán
Dr. Raga, Miguel
Dr. Rangel, Guillermo
Dr. Rodríguez Delfino, A.
Dr. Rodríguez Delgado, J.
Dr. Rodríguez, Crisanto, (Barquisimeto)
Dr. Salas, Rafael
Dr. Sánchez Carvajal, M.
Dr. Teruel, Guillermo
Dr. Turco Rivas, A.
Dr. Tovar E., Guillermo
Dr. Urdaneta, Eduardo
Dr. Vizcarrondo, Ernesto
Dr. Vegas, Rafael
Dr. Vera, Rafael
Dr. Valdivieso, Humberto, (La Guaira)
Dr. Weil, Roberto
Dr. Zubillaga, Agustín, (Barquisimeto)
Dr. Zamorani, Victor, (Valencia)
Dr. Zapata, L. G. (Barquisimeto).



Siempre colaborando con la
profesión médica venezolana.

C. A. LABORATORIO FARMACOLOGICO VENEZOLANO
CARACAS.- VENEZUELA



DESDE 1867, año en que se fundó la casa Eli Lilly and Company, su norma ha sido calidad incondicional; en este respecto no se hacen concesiones. La calidad es algo que debe comprobarse y no un tema de conversación. En la manufactura de cada uno de los productos Lilly se emplean métodos modernos de ensayo y normalización. Eli Lilly and Company se enorgullece de su asociación de setenta y cinco años con el cuerpo médico.

ELI LILLY Pan-American Corporation
Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

PARALISIS DEL DIAFRAGMA EN EL RECIEN NACIDO (*)

*J. J. Mayz Lyon (**).*

Hemos tenido oportunidad de observar dos casos de parálisis del diafragma en recién nacidos.

El primer caso de parálisis del diafragma asociada a una parálisis del plexo braquial en un recién nacido, fué publicado por Naunyn en 1902. Kofferath en 1921, escribe sobre la importancia de la fluroscopia para el diagnóstico de este cuadro, en la oportunidad de reportar un caso semejante al de Naunyn.

Desde entonces se han hecho diversas comunicaciones: Friedman y Chamberlain (1926), Landsberger (1926), Dyson (1927), Epstein (1927), Zeligs y Mulzer (1928), Tyson y Bowman (1933), Rupillius (1934), Blattner (1942), Ligth (1944), Greenbaun y Harper (1946), etc.

Ehrenfest (1) en 1931 publica una excelente monografía acerca de las lesiones obstétricas del recién nacido en la cual discute extensamente el problema de la parálisis del diafragma. En nuestra literatura médica no hemos encontrado ninguna publicación sobre esta afección.

Oropeza, Mendoza y Curiel (2) en una revisión de las historias de 12.659 recién nacidos a término en la Maternidad Concepción Palacios, de 1939 a 1942, no encuentran ningún caso de parálisis del diafragma.

(*) Trabajo de incorporación a la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

(**) Jefe del Servicio de Recién nacidos de la Maternidad Concepción Palacios. — Caracas.

Desde la fecha de la revisión antedicha hasta ahora, no aparece este cuadro en los archivos de la Maternidad Concepción Palacios, ni como complicación del periodo neonatal, ni como causa de muerte del recién nacido.

El primero de los casos que hoy presentamos, nació en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas y el segundo en el Instituto Simón Rodríguez de esta misma ciudad.

RELATO DE DOS CASOS

Caso N° 1:

L. F. . . . , varón, nació en la M. C. P. el día 7 de abril de 1950, a las 12,40 a. m. de un embarazo normal a término en una segundigesta de 23 años.

El primer embarazo había seguido también una evolución normal y terminó espontáneamente con feto vivo en buenas condiciones.

Al ingreso, el 6 de abril, a las 8 y 25 am. se reporta un examen clínico general sin ningún dato de importancia que anotar, en trabajo de parto con presentación cefálica. Se ausculta un foco fetal izquierdo con ruidos satisfactorios. El trabajo había comenzado a las 6 a. m. y las contracciones uterinas en el momento del examen son suaves y espaciadas. A las 10 a. m. se aprecia foco fetal lento y se ordenan estimulantes cardio-respiratorios y oxígeno, con lo cual se mejoran las condiciones fetales. El trabajo evoluciona normalmente hasta las 5 y 30 pm. hora en que se encuentra una dilatación de siete centímetros y se practica una ruptura artificial de membranas. La dilatación no ha progresado nada a las 12 y 10 am. del día 7, después de dieciocho horas de trabajo y cinco de rotas las membranas, comprobándose una acentuación en los signos de sufrimiento fetal. El parto termina con forceps, después de incisiones profundas del cuello y episiotomía. El niño respira luego de maniobras artificiales, extracción de gleras, oxígeno y estimulantes. El líquido amniótico es meconial.

En resumen: niño nacido por forceps, después de una distocia de dilatación en la cual se presentaron signos de sufrimiento fetal agudo.



Fig. No. 1 — Caso 1°

Radiografía de L. F.... del 15-4-50 ocho días después del nacimiento se aprecia la línea quebrada del diafragma y la mayor elevación del hemidiafragma derecho.



La primera observación mostró un niño en condiciones aparentemente normales, de 3.300 grs. y 52 cm., con huellas de una presa parieto-malar de forceps. Como medida de precaución se deja en cámara de oxígeno y se administra vitamina K, todo lo cual se suspende el 9 de abril, dadas las buenas condiciones del niño.

En la mañana del 10 el niño está quejoso, disneico, cianótico y ha rechazado el alimento. Se aprecia un gancho térmico de 38 grados. Al examen físico del tórax, no se encuentra, fuera de la aceleración del ritmo respiratorio, ninguna otra anormalidad. Pensamos en un proceso respiratorio agudo e instituímos un tratamiento con antibióticos y oxígeno. Al día siguiente la temperatura ha descendido a lo normal, pero no se observa ninguna modificación en la sintomatología antedicha. En la mañana del 12, la disnea y la cianosis han aumentado considerablemente, y la observación del tórax muestra un levantamiento exagerado en forma de aleta del hemitórax derecho. El izquierdo se desplaza normalmente. Se comprueba impotencia funcional total del brazo derecho, no encontrándose solución de continuidad aparente en los huesos largos ni en la clavícula del miembro paralizado.

Se ordena un estudio radiológico del tórax y miembros, el cual se practica al día siguiente. (Fig. 1).

A la radioscopia se observa elevación acentuada de la mitad derecha del diafragma, con desplazamiento paradójico de dicha porción en los movimientos respiratorios.

Se omite la medicación anti-infecciosa y se deja al niño en oxígeno.

Las condiciones anotadas comienzan a mejorar lentamente; el niño toma bien el alimento y puede pasar ratos fuera de la cámara de oxígeno desde el día 15.

El 19 la cianosis ha desaparecido; la respiración se hace normalmente, aún cuando el ritmo persiste ligeramente acelerado. Aparecen pequeños movimientos del brazo derecho. Para el día 27 se ha acentuado la motilidad del miembro superior derecho.

El examen radiológico practicado un mes después muestra el hemidiafragma derecho en posición normal y efectuan-

do su desplazamiento habitual con los movimientos respiratorios. (Fig. 2).

Informa la madre que el niño está actualmente en perfectas condiciones y su curva de peso se desarrolla en forma normal.

CASO N° 2

E. de P...., de 33 años de edad, ingresa al Instituto Simón Rodríguez el 26 de enero de 1951, apenas iniciados los dolores de parto.

Se trata de una tercigesta con un embarazo normal a término, quien, fuera de una rinofaringitis ligera, no presenta ningún otro signo de enfermedad.

La reacción de Kahn en setiembre pasado fué negativa.

Su primer embarazo tuvo una evolución normal y terminó a los nueve meses, dando a luz un niño sano que en la actualidad tiene tres años.

Un segundo embarazo se interrumpió espontáneamente a la edad de mes y medio.

Al poco tiempo de su ingreso los dolores se atenúan y luego desaparecen completamente.

El 28 a las 5 pm. se reinician los dolores de parto y a la 1 a. m. del 29, se aprecia dilatación completa, presentación cefálica en occipito - iliaca - izquierda - transversa. Las contracciones disminuyen sin hacer rotar el feto, por lo que, previa analgesia, se aplica forceps de Mc Lane entre III y IV plano. Se efectúa la rotación con el forceps y se hace fácilmente el desprendimiento de la cabeza en occipito-pública. La extracción de los hombros es difícil. El brazo posterior (izquierdo) se desprende, pero el anterior (derecho) queda encajado sobre el pubis. Se logra extraer por tracción de la cabeza hacia abajo, lo que provoca flexión exagerada del cuello hacia el lado izquierdo. El trabajo había tenido una duración de ocho horas cuarenta minutos. El feto, varón de 4.380 grs. y 53 cm. respira inmediatamente después de nacer y aparece normal. Se hace aspiración de gleras y se inyectan 5 mgrs. de viamina K. El niño es colocado en tienda de oxígeno.



Fig. No. 2 — Caso No 1
Radiografía de control de L. F... del 19-5-50,
se observa el hemidiafragma derecho en posi-
ción normal.



En resumen: niño nacido después de una distocia de rotación, con dificultad para lograr el desprendimiento del hombro derecho, encajado sobre el pubis, el cual pudo efectuarse después de tracción por la cabeza con flexión exagerada del cuello hacia la izquierda.

A las 12 horas después del nacimiento, el niño presenta cianosis y polipnea. Se comprueba una parálisis total del brazo derecho. Las condiciones no han variado a los dos días de nacido, apareciendo un gancho térmico de 38 gdos. El peso ha descendido a 4.000 grs.

Una radiografía practicada en esta fecha muestra gran elevación del hemidiafragma derecho y ensanchamiento del pedículo vascular. No se practicó estudio radioscópico. (Fig. No. 3).

Se piensa en parálisis del frénico derecho asociada a la parálisis Braquial y fiebre de sed.

El 1º de febrero la temperatura sube a 38,4 grados. Ha aumentado la disnea y la respiración es soplate en todos los campos. Se instituye un tratamiento de 20.000 unidades de penicilina cada cuatro horas. La temperatura llega a 40 grados el 2 de febrero, lo que obliga al uso de antitérmicos. Cianosis más acentuada. La inspección detallada muestra un ligero desplazamiento del tórax hacia la derecha. A la auscultación se oyen escasos estertores crepitantes y se percibe una zona de atelectasia en la base del pulmón derecho. Pensamos en un proceso bronconeumónico añadido. El niño tiene solamente 37,5 el 3 de febrero, manteniéndose la disnea y la cianosis. Se ordena mantenerlo en decúbito lateral derecho. Los días 4 y 5 de febrero la temperatura es normal. La cianosis ha disminuido. Persiste la aceleración del ritmo respiratorio y el ligero desplazamiento del tórax a la derecha. El 6, el niño comienza a tomar alimento. Ha desaparecido la cianosis. Se omite la penicilina. Se observan pequeños movimientos del miembro superior derecho. Desde el día 7 comienza a estar ratos fuera de la tienda de oxígeno, sin que se presente cianosis. Una radioscopia practicada este día, muestra el ascenso del hemidiafragma derecho observado en la radiografía y el aspecto de balanza de las dos mitades del diafragma al moverse en forma paradójica. El 8 de febre-

ro el niño puede estar permanentemente sin oxígeno. Se comprueba una moderada aceleración del ritmo respiratorio. Los movimientos del brazo derecho son más amplios. Ha comido bien. Por todo esto lo enviamos a su domicilio ordenando controles periódicos.

Un nuevo estudio radiológico practicado un mes después señala todavía la existencia del movimiento paradójico de las dos mitades del diafragma, así como la elevación mayor de la mitad derecha. El 30 de marzo dos meses después del nacimiento, un control radioscópico muestra el diafragma en posición normal, desplazándose sus dos mitades sincrónicamente. (Fig. No. 4).

COMENTARIOS

La parálisis del nervio frénico puede presentarse en el recién nacido en forma aislada o asociada a una parálisis del plexo braquial. Esta última combinación es más frecuente y de más fácil explicación patogénica.

Son escasos los trabajos que reportan casos de parálisis aislada del frénico. Blattner (3) recoge solamente siete para 1942.

La asociación de parálisis del frénico y parálisis del plexo braquial es más frecuente en la literatura.

Epstein, Friedman y Chamberlain, dudan de que se trate de una afección rara, si se toma en cuenta la estrecha relación anatómica existente entre el frénico y el plexo braquial. Por otra parte, la relativa frecuencia con que se observan parálisis braquiales, les hace suponer que la parálisis del diafragma debe pasar desapercibida o confundida con otros cuadros patológicos del recién nacido.

Para Weigerth la parálisis del diafragma se presenta más frecuentemente del lado izquierdo, dada la situación más protegida del frénico derecho. Sin embargo, de los trece casos recogidos por Tyson y Bowman (4), sólo en dos, la parálisis se localizó en el lado izquierdo.

También era el frénico derecho el afectado en los dos casos que presentamos.

De ordinario, en los casos de parálisis braquial y dia-



Fig. No. 3 — Caso No. 2.

Radiografía de P., del 31-1-51 dos días después del nacimiento. Mientras el hemidiafragma derecho llega a nivel del 5° espacio intercostal, el izquierdo se encuentra a nivel del 9° espacio intercostal correspondiente.



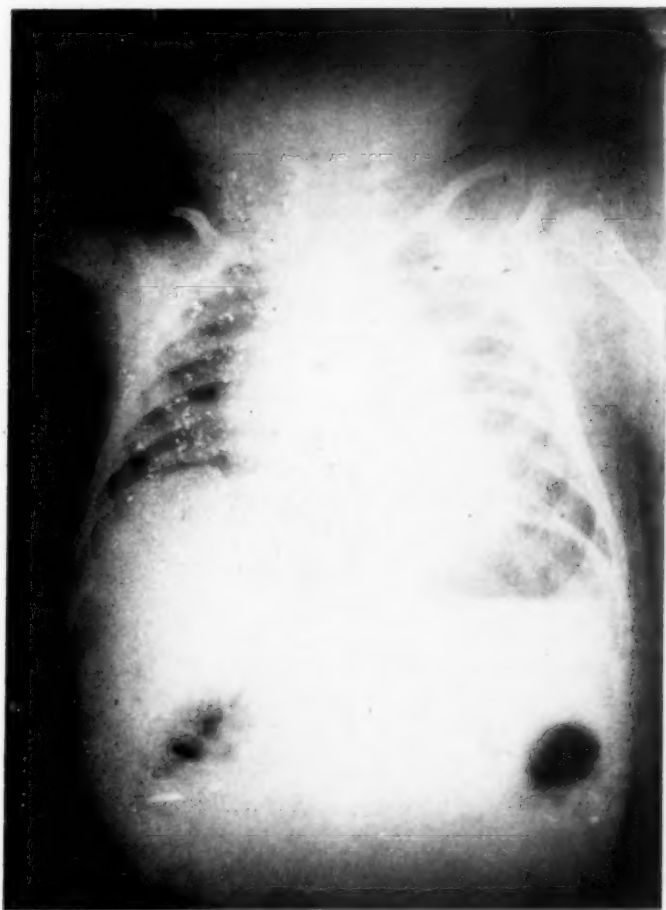


Fig. No. 4 — Caso No. 3.
Radiografía de P..., dos meses después del nacimiento, muestra el hemidiafragma derecho en posición normal.



fragmática asociadas, la afección puede ser atribuida a un traumatismo obstétrico.

En los trece casos recopilados por Tyson y Bowman (loc. cit.), ocho se presentaron después de un forceps y cinco siguieron a una extracción de cabeza última.

Excepcional es el caso reportado por Dyson; se trataba de una presentación de cara en la que, después de aparecer la cabeza, el progreso del parto parecía impedido por una apretada circular del cordón la cual fué seccionada rápidamente entre dos pinzas. Después de extraerse el niño se pudo comprobar que, accidentalmente, las tijeras habían cortado la piel por encima de la clavícula derecha, aproximadamente en la región del escaleno. La lesión curó rápidamente y dejó una cicatriz transversal. Muy pronto se observó que el niño tenía una acentuada polipnea y al menor esfuerzo aparecía cianosis discreta. Una radiografía practicada seis semanas después del parto mostró gran elevación del diafragma derecho y, a la radioscopia se comprobó la existencia de un ascenso paradójico con la inspiración en esa mitad del diafragma. En este caso, seguramente el único en la literatura médica, el frénico fué seccionado con las tijeras durante el parto. El niño se recuperó completamente en seis meses.

Hemos atribuido las parálisis del primero de los casos que presentamos a la tracción ejercida por el forceps y la del segundo a la tracción manual ejercida sobre la cabeza con extensión forzada del cuello, para desprender un hombro encajado sobre el pubis. La elongación de los nervios por las maniobras e instrumentos obstétricos es causa frecuente de lesiones de los nervios y puede producir, por lo tanto, parálisis temporales. En las parálisis braquiales esto es innegable y por ello, cuando se asocian a parálisis diafragmáticas, no puede despreciarse este factor como agente causal.

En busca de una explicación satisfactoria, Mulzer admite la posibilidad de que el traumatismo del frénico pueda ser hecho directamente por el extremo de la cuchara del forceps.

En los casos de parálisis pura del frénico provenientes de partos que evolucionaron espontáneamente, no puede in-

vocarse esta causa etiológica.

Una opinión muy sugestiva es la de Rupullius, supone que el traumatismo nervioso corresponde a una condición prenatal de malposición fetal en los últimos meses del embarazo. Esta produciría la compresión del nervio entre la porción acromial de la clavícula y la porción curva de la parte interior de la primera costilla, por una parte, y por la otra, la apófisis transversa de las vértebras quinta y sexta cervicales.

Blattner (loc. cit.) se manifiesta de acuerdo con esta interpretación y manifiesta que "más que las maniobras obstétricas es la compresión del frénico por la malposición intraútero, la causa de las parálisis diafragmáticas".

La aparición de los síntomas que caracterizan este cuadro puede efectuarse en tiempo variable.

En nuestro caso No. 1, los primeros signos atribuibles a la parálisis diafragmática se observaron al cuarto día del nacimiento y se caracterizaron por cianosis y disnea que fueron progresivamente en aumento. Fué sólo al sexto día cuando se apreciaron las alteraciones en el desplazamiento del tórax y la parálisis braquial concomitante. La cianosis y la disnea desaparecen en trece días, aún cuando el ritmo respiratorio persiste algo acelerado. La recuperación total se comprueba un mes después. El caso No. 2, presenta los primeros signos a las doce horas del nacimiento, y en el cuadro dominan también la cianosis y la disnea. En este caso sólo se pudieron comprobar al cuarto día leves signos del trastorno de la mecánica torácica. Ocho días después del nacimiento desaparece la cianosis. Se afirma la existencia de movimientos normales en el hemidiafragma derecho dos meses después del nacimiento.

En los trece casos recopilados por Tyson y Bowman (loc. cit.), los síntomas aparecieron en la siguiente fecha:

Al nacer	6 casos
En las primeras 24 horas .	4 casos
De los 2 a los 13 días. . .	3 casos

Desde el punto de vista funcional, el cuadro clínico se caracteriza por disnea y cianosis.

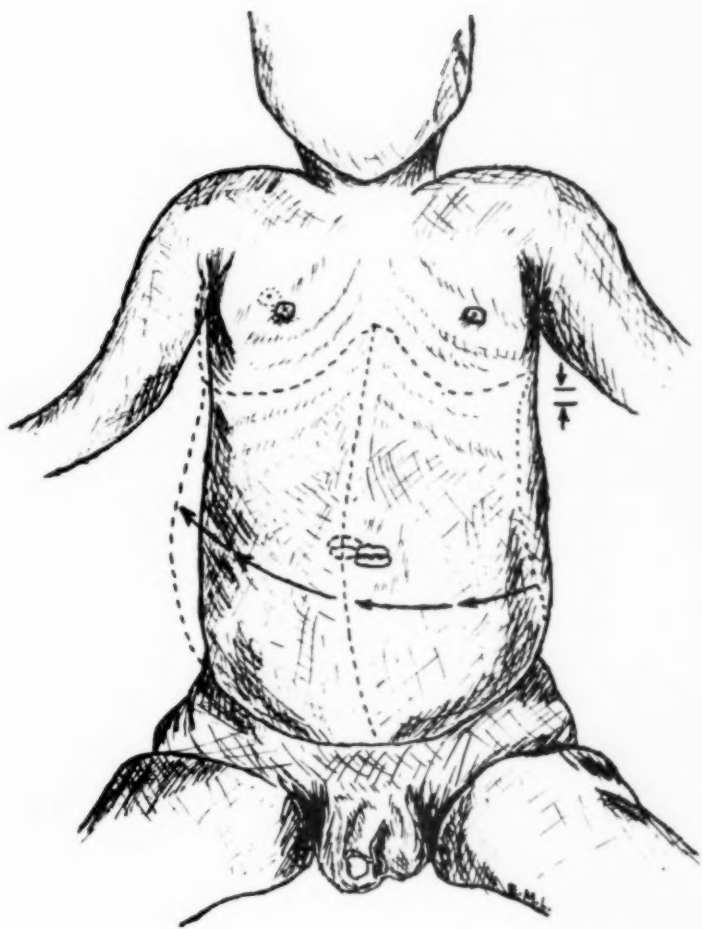


Fig. No. 5 — Esquema tomado de LIGHT: anomalía de la motilidad tóraco-abdominal que consiste en un mayor desplazamiento de la pared y del ombligo hacia arriba y hacia el lado afectado.



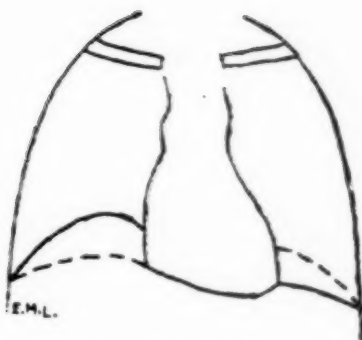


Fig. N° 6 — Esquema tomado de TYSON y BOWMAN: movimiento paradójico de las dos mitades del diafragma observados a la Radioscopia durante los movimientos respiratorios.



Pueden apreciarse modificaciones de la motilidad toraco-abdominal que han sido descritas por varios autores y recopilados por Light (5): aplanamiento o falta del abombamiento usual en la mitad del epigastrio del lado afectado durante la inspiración (Signo de Duchenne); esto se debe a la falta de la presión sobre las vísceras situadas por debajo del lado paralizado; mayor elevación del reborde costal en forma de aleta durante la inspiración, que se acompaña de aumento del diámetro torácico inferior del lado correspondiente a la parálisis (Signo de Hoover); esto se debe a no encontrar los intercostales antagonismo en las inserciones anatómicas del diafragma.

Light (loc. cit.) también describe otra anomalía de la mecánica consistente en un mayor desplazamiento de la pared epigástrica y del ombligo hacia arriba y hacia el lado afectado. (Fig. No. 5).

La percusión y la auscultación pueden demostrar la existencia de zonas de atelectasia pulmonar en el lado paralizado, especialmente en la región de la base, como ocurrió en nuestro caso No. 2.

La semiología radiológica fué identificada por primera vez por Kofferath y desde entonces se ha hecho indispensable para confirmar el diagnóstico. Todos los autores insisten en su interés.

No basta la placa radiográfica simple, sino el estudio radioscópico simultáneo para apreciar las verdaderas condiciones de diafragma.

La radiografía demuestra solamente la elevación más o menos acentuada de una mitad del diafragma, lo cual podría ser determinado por otras circunstancias, mientras que a la radioscopia, además de la elevación antedicha, se aprecian excursiones paradójicas de la mitad afectada por la parálisis. Esto ha sido descrito con el nombre de fenómeno de Kiemböck. (Fig. No. 6).

La elevación del diafragma puede determinar desplazamientos del mediastino, así como aplastamientos de la sombra cardio-vascular.

La parálisis del diafragma deberá sospecharse en todo recién nacido que presente signos de dificultad respiratoria y cianosis, aun más si se comprueban antecedentes de trauma obstétrico y coexisten estos síntomas con una parálisis braquial.

Los procesos con los cuales habrá que establecer el diagnóstico diferencial son la hemorragia meníngea, afecciones respiratorias agudas, atelectasia, hipertrofia tímica, malformaciones congénitas del corazón y grandes vasos, así como las anomalías del desarrollo del tracto respiratorio y digestivo.

La sintomatología clínica, la radiología, la punción lumbar y, en los casos en que pueda hacerse, la broncoscopia, permitirán establecer un diagnóstico.

La frecuencia de las condiciones obstétricas capaces de determinar una parálisis diafragmática y la relativa incidencia de parálisis braquiales en los recién nacidos, explica que estos cuadros pueden pasar desapercibidos, o ser considerados por su favorable evolución, como casos curados de alguna otra enfermedad.

La evolución y pronóstico de la parálisis del nervio frénico en recién nacidos, depende de la severidad del traumatismo y de la aparición de complicaciones infecciosas.

Tyson y Bowman (loc. cit.) en su estadística de trece casos ya citados presentan solamente dos casos de evolución fatal: 16%. Ambos habían nacido con forceps difícil en occipito-sacra.

El caso de Blattner (loc. cit.) terminó con la muerte y merece un comentario especial: el niño nació sin asistencia médica después de un trabajo corto. No presentó ninguna anomalía ni evidencia de parálisis braquial en el período neonatal. A la edad de seis meses fué admitido en el hospital por presentar accesos de tos, dificultad respiratoria y vómitos ocasionales desde la edad de cuatro meses. Una radiografía mostró una sombra densa en la base del hemitórax derecho, por lo que se practicó una toracentesis que dió salida a una pequeña cantidad de material sanguinolento.

to. El examen físico reveló 80 a 90 respiraciones por minuto; disminución de la sonoridad en la porción inferior del hemitórax derecho con ausencia del murmullo vesicular a la auscultación. No se apreciaron estertores. El mediastino estaba desviado a la izquierda, los ruidos cardíacos eran normales, a excepción de una faringitis no había ningún otro signo de enfermedad. La radioscopia demostró la sombra densa observada en la radiografía, así como el desplazamiento del mediastino y la forma paradójica en que se movían las dos mitades del diafragma; mientras que la izquierda se desplazaba de cinco a seis centímetros, la derecha sólo alcanzaba a moverse aproximadamente un centímetro. Una exploración radiográfica con comida opaca no reveló ninguna anomalía. A los cinco días de estar en el hospital el niño parecía estar bien, a excepción de que había vomitado dos veces. Continuó muy bien por cuatro días en su casa al cabo de los cuales fué llevado de nuevo al hospital por presentar cianosis moderada, fiebre y dificultad respiratoria. El examen practicado en esta oportunidad mostró temperatura de 38 grados; ochenta respiraciones por minuto. El esfuerzo respiratorio ponía en juego todos los músculos accesorios de la inspiración.

El niño murió. La autopsia demostró parálisis del hemidiafragma derecho.

Este caso además de presentar gran interés desde el punto de vista de los hallazgos anatómo-patológicos, encierra una enseñanza por su complejidad: ausencia de antecedentes de trauma obstétrico instrumental o por maniobras, aparición tardía de los síntomas, movimiento paradójico de las dos mitades del diafragma comprobado por la radioscopia, evolución fatal, etc.

Light (loc. cit.) presenta ocho casos de parálisis del frénico de diversa etiología (polio, TBC, etc.) de los cuales dos de origen obstétrico. Uno terminó con la muerte.

Un caso presentado por Greenbaun y Harper (6) evolucionó felizmente.

De los trece casos recopilados por Tyson y Bowman, (loc. cit.) cuatro se habían recuperado radiológicamente antes de

los seis meses, cinco todavía presentaban anormalidad para esa fecha, murieron dos y en los dos restantes no pudo precisarse el dato.

Como límites extremos de recuperación hemos encontrado un caso de Tyson y Bowman (loc. cit.) en el cual el diafragma estaba en posición normal a los catorce días, mientras que en el caso de Epstein, todavía a los veintisiete meses se apreciaba evidencia radiológica de la parálisis y el niño presentaba crisis ocasionales de disnea. En el lapso de tiempo había sufrido tres ataques de neumonía.

Los dos casos que presentamos evolucionaron satisfactoriamente. El primero ya al mes, demostraron los rayos X la recuperación total. En el segundo, los movimientos paradójicos del hemidiafragma derecho desaparecieron al cumplir el niño los dos meses de edad.

Solamente hemos encontrado resultados necrópsicos en el trabajo de Blattner (loc. cit.) cuyo caso recogimos en forma extensa en las líneas que preceden.

Los hallazgos anatomo-patológicos pueden resumirse así: atelectasia del lóbulo inferior del pulmón derecho, correspondiente al lado la lesión diafragmática. Cambios degenerativos del hemidiafragma derecho: algunos paquetes de fibras pequeñas y atróficas; otras hialinizadas, se teñían poco por la eosina y eran de tamaño variable. No se encontró ningún signo inflamatorio, sólo pequeña infiltración mononuclear, perivascular en las serosas pleural y peritoneal correspondientes. Una delgada película de fibrina recubría la superficie pleural. No se encontraron lesiones inflamatorias ni diferencias de tamaño o grosor en los frénicos.

Microscópicamente, se observó que el frénico derecho tenía mayor cantidad de células nerviosas con núcleos considerablemente aumentados. El colorante de Masson demostró aumento de la sustancia fibrilar y muy pocos axones nerviosos. No se encontró degeneración grasosa con el escarlata.

Las medidas terapéuticas deben tender a mejorar las condiciones de la mecánica respiratoria, a prevenir las compli-

caciones infecciosas y asegurar la ingestión adecuada de alimentos.

La administración de oxígeno es imprescindible desde el primer momento y debe mantenerse por un lapso de tiempo prudencial, aún cuando los síntomas hayan desaparecido en forma más o menos breve.

Greennebaun y Harper (loc. cit.) insisten en las ventajas que ofrece la adecuada posición del niño y lo hacen después que han observado mejorías apreciables de la disnea y la cianosis con esta simple medida. Sugieren que el niño debe estar en decúbito lateral sobre el lado de la lesión, a fin de que el pulmón que está efectuando normalmente su función, pueda expandirse completamente y asegurar una buena entrada de aire. La ventaja de esta medida pudimos comprobarla en el segundo de los casos presentados. Los estimulantes cardio-respiratorios están frecuentemente indicados. Para la prevención de las complicaciones infecciosas, podrían usarse dosis profilácticas de antibióticos. En algunos casos para asegurar el ingreso adecuado de alimentos, dificultado por la disnea, habrá que recurrir al gavage.

RESUMEN

Se presentan dos casos de parálisis del diafragma en recién nacidos asociada con parálisis del plexo braquial.

La parálisis es atribuida en ambos casos al trauma obstétrico.

Se observaron los signos clínicos y radiológicos de esta afección y se efectuaron controles radiológicos hasta la curación.

Se hace una revisión de la literatura, etio-patogenia, sintomatología clínica y radiológica, diagnóstico diferencial, evolución, anatomía patológica y medidas terapéuticas de la parálisis diafragmática.

Se hace hincapié sobre la posible frecuencia de este cuadro y la importancia de despistarlo rápidamente.

SUMMARY

The autor report two cases of paralysis of the right diafrgm in newborn infants associated with paralysis of the right brachial plexus.

Both cases were diagnosed by fluoroscopic examination. Recovery was complete in one and two months.

Both had difficult deliveries. In one, a high forceps was applied; the other was born by manual traction to disengage a shoulder.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ehrenfest, H: Birth injuries of the child. Gynecological and obstetrical monograph. — 1931. Appleton & Co.
- (2) Oropeza, P., Mendoza, E. S. y Curiel, D.: La mortinatalidad y la mortalidad neonatal en Caracas. El problema del prematuro y su patología. Contribución al estudio de la patología del recién nacido. Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Vol. 1. — Caracas, 1944. — Ed. Grafolit C A.
- (3) Blattner, R. J.: Unilateral paralysis of the diafrgm without involvement of the bracial plexus. — J. Pediat. 20: 223, 1942.
- (4) Tyson, R. M. y Bowman, J. E.: Paralysis of the diafrgm in the new born. — Am. J. Dis. Child. 46: 30, 1933.
- (5) Ligth, J. S.: Respiratory shifth in epigastric abdominal wall. A physical sign seen with complete unilateral paralysis of the diafrgm in infants and children. — J. Pediat. 24: 627, 1944.
- (6) Greenebaum, J. V. y Harper, F. G.: Righth sided transient paralysis of the diaphragm in a new born infant. — J. Piediat. 28: 483, 1946.

*Equivalencia
Esencial*



S-M-A y la Lactancia Materna

La S.M.A. reemplaza la lactancia materna o la suplementa en los casos en que existe hipogalactia. Se ha empleado un procedimiento especial para que el contenido de proteína, grasa y carbohidrato sea similar a la leche humana tanto cuantitativa como cualitativamente. Los sorprendentes resultados nutritivos logrados en los niños alimentados con S.M.A. se deben, en gran parte, a su notable semejanza a la leche materna.

La S.M.A. se deriva de leche de vacas que han sido previamente sometidas a la prueba de la tuberculina. Parte de la grasa de esta leche ha sido reemplazada con otras grasas animales y con grasas vegetales. Se añade también lactosa, concentrado de vitaminas A y D, carotina, clorhidrato de tiamina, cloruro de potasio y hierro.

Productos **S-M-A**

S-M-A	Leche en polvo especialmente preparada para lactantes.	Latas que contienen 453 gramos cada una.
*S-M-A PROTEINADA	Alimento concentrado y acidulado de fácil digestión; en polvo.	Latas de 225 gramos.
*LECHE HIPO-ALERGICA	Para infantes y niños que dan una reacción alérgica a la leche de vaca; en polvo.	Latas de 453 gramos.
*ALERDEX	Carbohidrato exento de proteínas que puede emplearse en todas las fórmulas de leche; en polvo.	Latas de 453 gramos.

Pida a nuestro Representante el folleto titulado: "Alimentación Infantil Moderna" que contiene una recopilación de datos sobre la experiencia práctica adquirida con el empleo de Alimentos Infantiles S. M. A.

* MARCA REGISTRADA



Wyeth
International Limited

NEW YORK, U. S. A.

LA COLECISTOPATIA CRONICA EN EL NISO

F. Jaso
Madrid.

I—Introducción.

Las inflamaciones de vías biliares en niños son raras, pero de antiguo conocidas. Ya en Billiet Barthez (1) se cita su existencia. Ulteriormente fueron publicándose numerosos casos aislados, de orden quirúrgico, que culminaron en la descripción recopilativa de Pottner (2) en 1928. Se trata de formas agudas supurativas (frecuentemente confundidas con apendicitis), o bien son hallazgos de autopsia.

A. Los casos de colecistitis *agudas supuradas* son bastante numerosos en la bibliografía y suelen presentar un curso tormentoso, con final quirúrgico. Se les puede diferenciar en dos grandes grupos: 1) Colecistitis tífica y 2) Colecistitis aguda no tífica.

1) De la *colecistitis tífica* se han ocupado sobre todo Reid y Montgomery (3), que recogieron 18 casos, Rither y Ehrat, (4) 11 y Liege y Folliason (5) que estudian 14 casos y añaden uno propio, completando 35 casos hasta entonces (1931). Es característica de ésta forma su enorme tendencia a perforarse (46%) lo que sucede como primera manifestación hacia la segunda o cuarta semana de enfermedad, o bien antecedida de un episodio de colecistitis. En el primer caso, el síntoma dominante es el dolor súbito, violento y persistente, acompañado de defensa muscular y seguido de ordinario de un periodo incluso de dos días de latencia, hasta que la ulterior ocurrencia de peritonitis permite pensar en una perforación colecistítica. Si no se interviene es mortal siempre, mejorando mucho el pronóstico una operación oportuna, que logra la curación en dos terceras partes de los

casos. Las lesiones son úlceras numerosas del fondo vesicular, infundibuliformes y penetrantes, originadas por inflamación supurada de la mucosa o bien por necrosis de acúmulos linfáticos intraparietales, determinadas por el asiento del bacilo de Eberth eliminado hematógicamente en vías biliares.

2) En las formas agudas no tíficas, las etiologías más frecuentes son por cálculos biliares secundariamente infectados, apendicitis aguda y escarlatina; en un segundo término intervienen también, anginas, neumonía, gripe y lambliasis. Un estudio recopilativo de esta forma llevó a cabo Halbroock, de Boston (6), añadiendo un caso propio secundario a apendicitis latente. Recogió 27 casos de la bibliografía mundial e incorporó tres casos observados en el mismo hospital. 11 tenían 3-6 años y 16, 8-14 años de edad. El curso tormentoso impuso la operación en todos, con una duración antes de intervenir de solo horas en el 18 por ciento de dos a ocho días en el 50% y de dos semanas en el 15%. Sólo en un 7% el cuadro clínico duró uno a dos años antes de ser intervenidos. Etiológicamente se comprobaron infecciones respiratorias altas y en 12 casos, en 14, síntomas gastrointestinales y en 10 apendicitis. En vesícula se encontraron estafilococos, estreptococos o *B. coli*; en siete casos, bilis estéril. El estado de la vesícula en la operación, fué en la mayoría de los casos, engrosada, distendida, tensa. La bilis era purulenta o espesa en la mitad de los casos: existían adherencias o edema pericolestístico en la cuarta parte de las ocasiones. La sintomatología en el 90% de los casos consistió en vómitos y dolor localizado en hipocondrio derecho (salvo cuando coexistía apendicitis, en cuyo caso el dolor era periumbilical o en fosa iliaca derecha) y con tendencia progresiva. En una tercera parte de los casos las molestias ocurrían en crisis y en igual proporción coexistía estreñimiento. En cambio fiebre y escalofríos sólo se comprobó en seis de los veintisiete enfermos. La exploración descubría signos localizados en cuadrante superior derecho en 19 de los 27 casos, consistiendo de ordinario en sensibilidad a la presión y contractura (27) o en la palpación de masas (11/27). Había distensión abdominal en la mitad y en

la mayoría sensación de enfermedad aguda, con soñolencia, abatimiento, palidez, pulso débil y taquicárdico con sudoración. Sólo en un tercio de los casos existía ictericia y sabburra lingual. El diagnóstico hay que establecerlo con la apendicitis, invaginación y obstrucción intestinal, absceso hepático y —en los casos prolongados febriles como el que presenta Halbroock— con la fiebre de Malta. El tratamiento consiste en la colescistostomía, o la extirpación según el estado de la vesícula. En otras publicaciones basadas en uno o pocos casos se añaden algunos rasgos a esta descripción fundamental. Así, en los casos de Wollmer y Mohr (8) el factor que precipitó el cuadro tormentoso, fué un traumatismo abdominal, cuando ya algún tiempo antes venía el niño manifestando molestias crónicas tal como dolores abdominales con vómitos, anorexia y diarrea. En ciertas observaciones (Schamoni (9), Stammier (10)) se hace constar la interrupción de heces y gases, que cuando se asocia a la palpación de una masa más o menos cilíndrica impone la sospecha de invaginación.

B. La *forma crónica*, a menudo larvada, se pensó no existiese en los niños, hasta que fueron apareciendo aquí y allá publicaciones que se ocuparon del tema, detectando su existencia no muy escasa. Abels (11) en 1925: Gerstein y Ryderman (12) en 1934: Sheldon (13) en el mismo año: Zeldich y colaboradores (14) en 1936: Gallerasi (15) en 1937 y Löwenburgo (16) fueron aportando una casuística cada vez más numerosa, que dió lugar a que al cabo encontrara éste cuadro lugar suficiente en las nosologías pediátricas Sheldon (17), Amberg (18), v. Crevelde (19). Recientemente, entre nosotros, Bravo, (20) de Zaragoza aportó un interesante estudio de seis casos.

La sintomatología de esta forma infantil, según se desprende de dichos trabajos, puede variar entre ausencia de síntomas o una dispepsia intermitente, dominada por dolores, difusos o localizados en el cuadrante superior derecho, pudiéndose propagar a espalda y hombro derechos, con ocasional hiperalgesia cutánea sobre 8a. - 9a. apófisis espinosas dorsales. En la forma paroxística se suelen acompañar de vómitos. Según Bravo, regurgitaciones ácidas, diarrea pran-

dial y un síndrome de croniosepsis (palidez, tristeza, anorexia y febrícula). Sólo habría subictericia en casos complicados de hepatitis o colangiolitis (Amberg) y sólo entonces estaría el hígado aumentado de tamaño, quedando normal en los restantes. Ocasionalmente la vesícula se hace palpable por hiperdistensión. También la ocurrencia de fiebre será un indicio de complicación colangioiítica, así como leucocitosis y gran incremento de la velocidad de sedimentación.

El diagnóstico se confirma mediante dos medios: *Sondaje duodenal* que descubre bilis B con grumos, pirocitos y bacterias. La *Colecistografía*, que según Amberg resulta probatoria sobre todo cuando no se logra repleccionar la vesícula.

Etiológicamente tendría ésta forma preferencia por las niñas, y existiría una disposición constitucional hereditaria (Gerstein y Rydermann). En la infancia parece probable su relación con infecciones rinofaringoamigdalinas, infecciones tíficas, escarlatina (en la convalecencia) y apendicitis (10 de los 27 casos de Holbrook).

De la nosología general se deduce que los cuadros de colecistopatía crónica, pueden escalonarse, en orden creciente de intensidad de ésta suerte: 1º *Colesdisquinesia*, en que el trastorno de la innervación de vías biliares constituye la base del proceso. El cuadro de distonía neurovegetativo se tiñe de las manifestaciones de un ligero "hepatismo". 2º *Colecistitis larvada*, en que se añade una inflamación colecística poco intensa. Determina además dispepsia gástrica, pérdida de peso, urobilinuria y síntomas alérgicos a distancia (cutáneos, respiratorios, etc.). La bilis puede, o no, acusar manifestación de infección colecística. 3º *Colecistitis manifiesta*: Se añaden ahora fiebre moderada, dolores en cuadrante superior derecho, hepato (y eventualmente espleno-) infarto; signos de pequeña insuficiencia hepática y el sondaje duodenal es sistemáticamente positivo en signos de infección colecística; urobilinuria. 4º *Colangiolitis* complicativa. La fiebre es intensa, remitente, eventualmente acompañada de escalofríos; leucocitosis con polinucleosis y desviación a la izquierda y acentuado aumento de la velocidad de sedi-

mentación. Se produce ictericia y los signos de insuficiencia hepática son evidentes aunque no graves.

Nosotros hemos recogido once casos que presentamos resumidamente a continuación, para que sirvan de base a un breve análisis clínico. Hemos de agradecer a nuestro colaborador el Dr. C. Cortés su valiosa ayuda en el trabajo de Laboratorio y práctica de los sondajes duodenales efectuados que permitieron un eficaz examen diagnóstico de los casos que relatamos.

II—Casuística

Caso I.

Ana-María G. H. 13 a.

Anamnesia familiar: Madre colítica crónica. Todos los hermanos minoración funcional digestiva.

Anamnesia personal: Sarampión, varicela, parotiditis. Amigdalitis repetidas.

Desde los cinco años, cólicos biliosos cada varios meses, sin causa apreciable. Oxiuros.

Síntomas: Siguieron a los episodios "biliosos", y datan de un año, comenzado por una crisis de cefalea, náuseas, vómitos alimenticios dos horas después de la comida, y luego biliosos, tinte subictérico y dolores en parte izquierda del vientre. Luego, **mareos** viajando (con vómitos). La ingestión de Sulfato de magnesia originó vómitos y diarreas con heces primero como masillo y luego oscuras.

Signos: Desnutrición ligera (35 k. 152 cms.) Hábito asténico. Brote puberal, ojeras. Palidez con tinte pajizo. Manos frías, húmedas. **Hígado** engrosado, sobresaliendo 20 mm. del reborde costal. No molestias a la palpación. Puntos de Mac Burney y Lanz. Tensiones 120/65 mm. Hg. Amigdalitis crónica.

Orina: Urobilina.

Heces: Hidrobilirrubina. No se observan huevos de parásitos, ni protozoos.

Sangre: Gr.: 4.900.000. Hb. 93%. V. Gl. 0'9 Leuc. 9.400. Hemograma: 0 - 11'5 0 - 0 - 0'5 - 43'5 / 40 - 4'5. Velocidad de sedimentación 11/27. Índice = 12'25.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico: en ayunas se obtiene en abundante cantidad con mucho moco. Clorhídrico libre 0'839/1.000. Acidez total 0'985/1.000 Bilis A: amarilla-oro, transparente; moco no aumentado. Microscópicamente normal.

Bilis B: 20 cc. grumosa, turbia, con moco aumentado y aumentada viscosidad. Abundantes leucocitos y gérmenes (estafilococos, enterococos y Colibacilos).

Bilis C: Normal.

Radiología: Ptois cólica. El apéndice no se llena en dos exploraciones.

Diagnóstico: Colecistitis catarral y apendicitis crónica.

Tratamiento: Régimen adecuado. Reposo relativo. Calor. Alkalinos. Coléreticos (Decholina).

Curso: En tres meses no tuvo mareos, vómitos, cefaleas ni molestias abdominales. Menarquía tipo 30/4. A los cinco meses extirpación de amígdalas. Ulteriormente en cinco años ninguna molestia hepático-vesicular.

Epícrisis: Un foco amigdalino suscitó crisis de coledisquinesia, a los cinco años. Sobre ella asentó una colecistitis por gérmenes mixtos desarraigada desde que fué extirpado el foco y aquella adecuadamente atendida. Apendicitis crónica.

Caso 2.

Mari-Luz R. H. 8½ a.

Anamnesia familiar: Un tío paterno asmático.

Anamnesia personal: Al año de edad una "infección" con cólicos abdominales que repitió a los dos años. Otitis supurada a los cuatro y desde entonces molestias, diagnosticadas por nosotros de colescititis a los seis años sin hacer el tratamiento indicado. Nueva supuración de oído a 5 años y en consecuencia legrado de adenoides a 5 y cuarto año. A los seis años persistían signos de hiperplasia e infección de amígdalas y vegetaciones y el hígado sobrepasaba 30 mm. la arcada costal; vesícula ectásica que formaba el bulbo duodenal (en radioscopia) y dolorosa a la palpación. Con cura climática (sierra) y baños de sol, cedieron.

Síntomas: Hace cinco meses y durante uno, febrícula, por un absceso dentario apical. Actualmente las molestias datan de doce días y consisten en cefalea medio-frontal en forma de pinchazos intensos que la hacen llorar, por accesos de un cuarto a dos horas, repetidos varias veces al día, a veces acompañados de náuseas. A ratos molestias gravativas en cuadrante superior derecho abdominal. Adelgazamiento. Estreñimiento y anorexia. No febrícula.

Signos: Bien nutrida (25,8 k. 124,5 cms.). Facies adenoidea. Hígado dos traveses de dedo bajo reborde. Hiperalgesia cutánea en amplia zona que comprende región hepática derecha, vacío del mismo lado y dorso en base pulmonar (metámeras D 9 a 14). Sensibilidad dolorosa en los puntos apendiculares. Punto colecístico. Absceso apical de un camino. Tensiones: 85/50 mm. Hg. Amígdalas infectadas.

Orina: No urobilina, ni sales.

Heces: Aumentada cantidad de grasa y fibras musculares. Quistes de Giardía intestinales.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas, 12 c. c. opalino. Acidez libre 14; Acidez total 36.

Bilis A.: 18 c. c. amarilla clara con algún pequeño grumo.

Bilis B.: 50 cc. más oscura con escasos grumos conteniendo masas

de leucocitos, células descamadas y algún hematie. Regular cantidad de formas vegetativas de *G. lamblia*.

Bilis C.: 8 e. c. normal.

Sangre: Hematíes, 4.280.000 Hb. 86% (13,8 gr.) Gl. 0,9. Leuc. 8.250.

Hemograma: 0 - 4/0 - 0 - 2 47/38 - 7 - 2. Velocidad sedimentación: 7/28. Índice = 10.

Diagnóstico: Colecistitis crónica. Probable apendicitis crónica. Foco dentario y faringeo.

Tratamiento: Régimen desgrasado, hiperalbuminoso. Sulfato de magnesio. EUPACO Estovarsol.

Curso: A pesar de limpiarse de *G. lamblia*, prosiguieron las molestias con escasa mejoría. A los cuatro meses otorrea derecha, acompañada de molestias reumatoides articulares: sinusitis catarral. Leuc. 9.100. 1 - 2/0 - 0 - 4 - 48/37 - 7 - 1. Velocidad sedimentación 25/58. Índice = 27. (Curada ya la otitis). Quedó febrícula, exacerbándose las molestias colecísticas y de gastritis, que culminaron en un ataque de colangiolitis (febrícula, ictericia, hígado tres dedos bajo reborde, y bazo palpable: fuerte urobilinaria y escasa coloria) de una semana de duración, seguido de febrícula y molestias gástricas. Al cabo extirpación de dientes infectados a los seis meses. Cuatro más tarde nueva otitis supurada bilateral. Las molestias colecísticas más soportables, no cesaron hasta que tres años después fué operada de extirpación de amígdalas y nuevo legrado de cavum.

Epicrisis: A raíz de episodios focales faringo-óticos a los cuatro años, cuadro de colecistitis que duró 7½ y no cedió hasta su extirpación quirúrgica. La relación patogénica se deduce también de la colangiolitis suscitada por uno de los brotes otíticos.

Caso 3.

Enrique M. V. 11 años.

Anamnesis familiar: Sin interés.

Anamnesis personal: Escarlatina a los dos años, con glomerulonefritis (curada bien), y a continuación de aquella "infección" (?) de dos meses de duración. Desde los tres a los ocho años crisis de tres a cuatro días de vómitos glerosos con fiebre. Sarampión a los tres y medio años. A los seis años ictericia durante dos semanas. A los siete años tosferina epidémica de seis meses de duración. Otorreas en baja edad.

Síntomas: Consultan por molestias abdominales desde hace dos meses, son dolores abdominales tardíos o en ayunas, como pinchazos, que refiere a región umbilical una veces y otras a la hepática. Marcos (al incorporarse bruscamente, en el tranvía o por el calor); cansancio fatigabilidad fácil. Anorexia. Una deposición diaria, a continuación de la comida, pastosa, de olor fuerte.

Signos: Bien nutrido (31,6 k. 140 ctms.). Hígado un través bajo rebor-

de. Dolor a la palpación en región vesicular, tanto en decúbito como estando en pie y doblado hacia adelante. Hiperplasia e infección de amígdalas y adenoides.

Orina: Pigmentos, sales y urobilina, no contiene.

Sangre: Gr. 4.320.000. Hb. 87%. V.Gl. 1. Leuc. 6.600 Hemograma: 0,5 - 3/ 0 - 0 - 1,5 - 43/48 - 4, Velocidad de sedimentación: 8/17. Índice: 8,25.

Sondaje duodenal: Bilis A.: ligeramente turbia con grumos de moco. Bilis: Turbia con aumento del moco y color normal. Abundantes leucocitos: bastantes células epiteliales y microcálculos de bilirrubinato de cal. En siembra y frotis bacilos Coli y Enterococo. El Coli de una reacción + + +, en la prueba intradérmica.

Diagnóstico: Coledisquinesia con colecistitis catarral por Colibacilo que ha determinado la sensibilización alérgica al mismo.

Tratamiento: Dieta adecuada. Decholina (más adelante, Autovacunoterapia desensibilizante).

Curso: Mejoría discreta. Urticaria y diarrea.

Epicrisis: Foco faríngeo en baja edad, exacerbado por la escarlatina ("infección" que siguió a ésta) determinante de una coledisquinesia, expresa en los vómitos críticos durante cinco años. El actual episodio corresponde a una sensibilización alérgica con síndrome neurodistónico, producido por el Colibacilo contenido en la vesícula afectada de inflamación catarral.

Caso 4:

María del Carmen H. H. 10 años.

Anamnesis familiar: sin interés.

Anamnesis personal: Vómitos habituales durante el primer año de vida.

Tendencia diarreica. En baja edad otalgias. Sarampión a cinco años. Tosferina a los nueve. Oxiuros.

Síntomas: Consultan por dolores abdominales, febrícula, cefaleas y tendencia diarreica desde hace tres años. El dolor por crisis breves, punzante, localizado en cuadrante superior derecho, suscitado por el esfuerzo. Si es intenso se acompaña de palidez y vómitos, cediendo por el reposo. La febrícula, vespertina a 37'4° (inguinal), acompañada de cefalea frontal tolerable, breve (que a veces ocurren en ayunas acompañada de mareo y cede a la ingestión de azúcar). Heces decoloradas, pastosas. Tristeza y depresión. La extirpación de amígdalas y adenoides no ha modificado ni la febrícula ni las molestias.

Signos: Buena nutrición (peso 29,8 k. Talla 137 cm.) Palidez con tinte amarillento. Hígado un través bajo reborde. Punto colecístico.

Orina: No contiene componentes biliares, ni urobilina.

Heces: Hidrobilirrubina. Ligero aumento de grasa en gotitas.

Sangre: GR. 4.640.000. Hb. 94% V - Gl. 1'02. Leuc. 9.000. Hemograma: 0,5 - 5/0 - 0 - 2 - 46'5/39,5 - 6'5. Velocidad de sedimentación 15/35. Índice = 16'25. TAKATA-ARA, positivo en 5 tubos.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas: Clorhídrico libre 0'365/1.000:

Acidez total. 1'095/1.000.

Bilis A.: No se obtuvo.

Bilis B.: Muy oscura, algo turbia con moco. Grumos de moco conteniendo bastantes leucocitos: algunas microconcreciones de bilirrubinato de cal. Por siembra se identifican abundantes colonias de bacilos Coli y algunos de Estafilococo que a la prueba intradérmica acusan reacción débil y fuerte respectivamente.

Reacción tuberculínica: (Mantoux 1/1.000), dos veces negativa.

Radioescopia torácica: normal. Digestiva: ptosis gástrica y del transverso.

Diagnóstico: Colecistitis crónica manifiesta, por bacilo Coli y Estafilococo.

Tratamiento: Dieta adecuada. Lecitina. Decholina y reposo absoluto, calor.

Curso: En dos meses cedieron febrícula y los dolores, continuando algunas molestias por los oxiuros.

Epicrisis: Un foco faríngeo en baja edad se prolongó en trastornos de colecistitis crónica.

Caso 5.

Ascensión G. H. 12 años.

Anamnesis familiar: Padre, hepático: y varios miembros, hepáticos.

Anamnesis personal: Tosferina, varicela, sarampión. Amigdalitis repetidas, con adenoinfartos.

Síntomas: Comienzo: hace cuatro años, con accesos de dolor en cuadro superior derecho y espalda. Cefalea y estreñimiento. Con un plan cedió en pocas semanas. Hace ocho meses paratíficas y al siguiente mes, febrícula (37'/37,9) hemiranea, y molestias dispepticas (eruptos, plenitud, saburra). Con un purgante y dieta cedió en una semana, persistiendo cefalea en ocasiones. Actualmente, desde cuatro días tos y dolor en dorso derecho; cefalea, anorexia y náuseas en ayunas.

Signos: Dolor: punto colescítico y al lado derecho de 12a. apófisis dorsal. Hígado de tamaño normal. Pulmones normales, incluso radiológicamente.

Orina: Urobilina, no; sales, no.

Heces: Normales, salvo numerosos quistes de G. lamblia.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas, 53 c. c. opalino, sin sangre, ni bilis; ni ácido láctico. Con moco +++; sin clorhídrico libre.

Acidez total: 18.

Bilis A.: 60 c. c. con copos de moco.

Bilis B.: 35 c. c. Masas de leucocitos. Numerosas formas vegetativas de *Giardia lamblia*.

Bilis C.: no se obtiene por originarse marco intenso, interrumpiendo el sondaje.

Diagnóstico: Colecistitis (por *Giardia lamblia* ?)

Tratamiento: Dietético. Estovarsol, sulfato de magnesio y ácido clorhídrico.

Curso: A los cuarenta días seguía igual con algún vómito nocturno. Con inyecciones intravenosas alternas de calcio y Cilotropina, más Fe-lamina, reposo absoluto y calor, mejoró, desapareciendo los síntomas. Al año y medio nuevas molestias colecísticas.

Epicrisis: Coledosquinesia desde los ocho años, con episodios de colecistitis en una niña que padeciera amigdalitis repetidas. Una exacerbación en la convalecencia de las paratíficas; en el sondaje numerosas *G. lamblia*s. El cuadro no cedió al Estovarsol, mejorando con los simpaticotónicos y antisépticos biliares.

Caso 6.

Florencio R. V. 10 años.

Anamnesis familiar: Antecedentes constitucionales y alérgicos (madre diabetes, así como la abuela materna, que también padece eczema, al igual que una tía materna; tres hermanos; de ellos dos muertos al nacer y otro al mes por septicemia).

Anamnesis personal: Prematuro, criado en lactancia mercenaria. Durante el destete le ponían yema de huevo en las papillas y las

Síntomas: Desde los 6 años crisis de hemirránea seguida a las 2 horas de años; tomó nuevamente un huevo diario de cinco a siete años, suprimiéndolos otra vez ahora por consejo médico. Al intentárselo volver a dar con cada ingestión se origina una crisis de vómitos. Anorexia y estreñimiento habituales.

Síntomas: Desde los seis años crisis de hemirránea seguida a las dos vómitos, inicialmente con restos alimenticios pútridos—incluso si es matutino—luego 3-4 acuosos y uno final bilioso que marca el término de la crisis, de unas doce horas de duración total. Inicialmente se presentaban por la mañana en ayunas, pero últimamente también durante el día, pudiendo desencadenarse por emociones violentas. Acetona en orina y en el vomitado. Buen apetito. Estreñimiento. Muy nervioso.

Signos: Más bien desnutrido (135 cms. 25,8 k.) Dermografismo intenso. Hígado más bien pequeño. Ningún punto doloroso abdominal.

Sondaje duodenal: Bilis A.: Transparente. Bilirrubina 25 mg.%. Urobilinógeno, negativo. Alb. Sedimento microscópico, normal.

Bilis B.: comienza a fluir a los veinte minutos de inyectar el cole-

quinático (sulfato de Magnesia); de aspecto grumoso. Bilirrubina 165 mg. por ciento. Urobilinógeno+. Albúmina +++ Mucina ++. Sedimento microscópico: abundantes piocitos incluidos entre estrias de moco, que forman copos. No cristales de colestestina, ni microconcreciones de bilirrubinato. La siembra permite hallar un bacilo Coli en cultivo puro, que probado en reacción intradérmica al enfermo determina una reacción intensa (90x48 mm.).

Bilis C.: Transparente con algún grumo. Bilirrubina 10 mg%

Albúmina +. Sedimento: algún leucocito (Dr. Outeiriño).

Orina: Uroglobina ++.

Sangre: GR. 4.400.000. Hb. 86% (13,7 gr.). V-Gl. 0,97. Leuc. 7.800

Hemograma: 0 - 2/0 - 0 - 4 - 37/47 - 10. Velocidad de sedimentación 8/14. Índice = 7,5. TAKATAARA, positivo en cuatro tubos.

Expl. radiológica de estómago: Hipersecreción gástrica en ayunas con moco e hipertrofia de mucosa con vaciamiento irregular y ligera atonía (gastritis). Vaciamiento incompleto a las tres horas, con retención de un 20% por insuficiencia motora; a las seis horas persiste un 15% (descompensación) (Dr. Castillo).

Diagnóstico: Colecistitis por bacilo Coli, determinante de crisis de vómito acetónicos y gastritis secundaria.

Tratamiento: Dieta adecuada, con absoluta eliminación de huevo. Autovacuna de bilis. Calcio y ácido ascórbico intramuscular. Sursparil. Glucosa en ayunas.

Curso: Desconocido.

Epicrisis: Alergia alimenticia al huevo, determinante de coledisquinesia, sobre la que se ha implantado una Coli-infección con rasgos alérgicos, que entretienen las crisis de vómito cíclicos.

Caso 7.

Gustavo M. V. 8 años.

Anamnesis familiar: Madre, molestias hepáticas, e igualmente la abuela paterna.

Anamnesis personal: Amigdalitis recetidas que exigieron una adenoidectomía a los dos años y amigdalectomía a los cuatro. Sarampión seis años y medio. Hepatitis epidémica a los cuatro años.

Síntomas: En sus primeros años padecía crisis recidivantes de: anorexia, palidez, mala cara, ojeras, saburra y fetor ex ore. Desde que padeció la hepatitis aguda (?) cesaron hasta hace un año en que viene teniéndolas cada cuatro a seis semanas y duran ocho-diez días, con los caracteres mencionados, escaso engrosamiento hepático y molestias abdominales periumbilicales.

Signos: Nutrición buena (25,5 k. 130 cms.) Palidez. Mínimas pápulas faciales, como un rallador. Hígado de tamaño normal. No puntos dolorosos; aerocolia.

Sondaje duodenal: Bilis B.: Comienza a fluir a los diez minutos de la

inyección de sulfato de magnesio: transparente con algún que otro grumo. Bilirrubina 90 por ciento. Urobilinógeno ++. Albúmina ++. Algunos piocitos entre las estrias de moco. Mediante siembra se aísla un bacilo Coli, que da una reacción dudosa intradérmica en el enfermo, y no aglutina frente a su suero.

Orina: Urobilina ++++. Pigmentos y sales biliares negativas.

Diagnóstico: Colecistitis por bacilo Coli.

Tratamiento: Reposo absoluto, y dieta desgrasada. Estreptomicina 0,5 gr^o. por ocho días, en dos inyecciones diarias, Eupaco (supositorio diario), Felamina una por tres veces. Glucosa, quince gramos diario.

Curso: Curación rápida, sin reparación de las molestias en ocho meses.

Epicrisis: En un niño con foco faríngeo síndrome disquinético biliar desde los primeros años. Después de un episodio de ictericia, tres años sin molestias; aparición después del sarampión, de colecistitis por Coli, que cedió brillantemente a la Estreptomicina intramuscular durante una semana.

Caso 8.

Claude R. 9 años.

Anamnesis familiar: Sin interés.

Anamnesis personal: Sarampión. Hiperplasia de amígdalas parcialmente corregida a los seis años con amigdalectomía. Respirador bucal.

Síntomas: Desde hace un año dolores abdominales en lado derecho del vientre; últimamente ardores de estómago y un punto cístico evidente. Fiebre y abatimiento. Amígdalas grandes cripticas, rojas.

Signos: Subictericia de conjuntivas y paladar. Manchas de vitiligo de reciente aparición. Hígado de tamaño normal, con un punto cístico neto.

Orina: Urobilina negativo (repetidas veces).

Heces: Normales, coloreadas.

Sangre: 4.120.000. Hb. 77%. V-Gl. 0.93. Leuc. 10.000. Hemograma: o - 5/0 - 0 - 9 - 59/21 - 6. Velocidad de sedimentación 68/96. Índice = 58.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas, 65 c.c. opalino, sin bilis, ni sangre. Acidez clorhídrica libre 13. Acidez total 20.

Bilis A.: 10 c.c. con copos y filamentos.

Bilis B.: 40 c.c. Turbia con copos. Microscópicamente filamentos de moco y grandes masas de células estratificadas y piocitos; frecuentes hematies y muy numerosas formas vegetativas de Giardia lamblia. Por cultivos de ésta bilis se obtiene una gran densidad de Aerogenes Mucoso (Dr. Manzanete).

Exploración radiológica de vesícula: Colecistografía fraccionada con Biliselectan (fig. 1). Vesícula repleta, con forma, tamaño y relaciones normales. Prueba de Boyden-Whitaker (fig. 2). A las tres ho-

ras vaciamiento nulo, por mal funcionamiento vesicular. Ligera gastritis hipersecretora (Dr. Castillo).

Dianóstico: Colecistitis por bacilos Aerogenes y G. lamblia.

Tratamiento: Régimen adecuado. Reposo absoluto. Calor local. Estreptomina 0,5 gr. por día durante ocho.

Curso: Al cabo de una semana habían cedido la fiebre y los dolores abdominales, la leucocitosis y se normalizó la seidometría (Leuc. 7.900. Hemograma: 0 - 5/0 - 0 - 5 - 52/30 - 7. Velocidad de sedimentación 7/20. Índice = 8,5.

A las dos semanas se le hacen extirpar las amígdalas. Al cabo de tres semanas, completamente bien, de color normal, aumentando tres kilos en dos meses.

Epicrisis: En un niño con amigdalitis focal, cuadro de colecistitis crónica con exacerbación aguda febril, por bacilo Aerógenes, cediendo rápidamente con Estreptomina. La ulterior extirpación del foco amigdalino mantuvo la curación colecística.

Caso 9.

Antonio C. V. 9 años.

Anamnesis familiar: Padre afecto de colecistitis.

Anamnesis personal: Sarampión y tosferina. Mericismo desde el nacimiento, que ha reaparecido en la actual enfermedad. Paratífus hace siete meses.

Síntomas: Ocurren desde que padeció las paratíficas, hace siete meses y tiene un curso cíclico, cada dos a tres semanas. Empieza por pereza, bostezo, cefalea y fiebre a 39° - 40°. Al cabo de diez, doce horas ocurren cuatro a ocho vómitos biliosos en el curso de diez, doce horas (sin acetonuria!). Está muy postrado, presenta anorexia absoluta y las deposiciones son muy lientéricas algo diarreicas. A las cuarenta y ocho horas empieza a mejorar, pide de comer y la fiebre queda en febrícula que persiste en los intervalos de las crisis (37,2 - 37,5°): además de las "décimas" se aprecian en los intervalos: lipotimias, cefaleas, adelgazamiento. Alguna molestia abdominal vaga, hacia cuadrante superior derecho; mericioso.

Signos: Desnutrición regular, (23 k. 130 cms.). Aspecto colémico. Hígado alcanza el borde costal; en posición inclinado se palpa la vesícula algo sensible, respondiendo a la presión brusca con dolor de puñalada. Tensiones 115/70 mm. Hg.

Orina: Coluria ligera.

Sangre: Normal. Velocidad de sedimentación, índice 4,5.

Sondaje duodenal: Bilis B.: con grumos. Muy abundantes piocitos y Albúmina aumentada. Por siembra se aísla un estafilócoco dorado hemolítico en proporción de 80 colonias por asa.

Radiología: Radiografía No. 1 (fig. 3. Colecistografía con ácido propiónico negativa. Radiografía No. 2 (fig. 4). Repetición por vía

oral, positiva, débil. Dada la técnica empleada ha de suponerse que la función vesicular se efectúa deficientemente. Prueba de Boyden-Whitaker. Radiografía No. 3 (fig. 5). Vaciamiento incompleto por mal funcionamiento vesicular (Dr. Castillo).

Diagnóstico: Colecistitis crónica post-tífica a *Streptococo-*

Tratamiento: Régimen adecuado. Reposo: absoluto una semana; relativo un mes. Calor. Estreptomina 0,5 por día durante ocho. Luego Penicilina 200.000 UO por día otros ocho. A continuación Autovacuna Supositorio de Eupaco. Coleréticos (Felamina).

Curso: Desconocido.

Caso 10.

Alicia R. H. 6 años.

Anamnesis familiar: Colecistitis un hermano y otra tía paterna.

Anamnesis personal: Hace quince meses paratífus B. seguido de osteomielitis de cuello del fémur.

Síntomas: Algunas veces, después de las paratíficas, vómitos en ayunas de la cena precedente, ocasionalmente con fiebre, sin acetonuria. Actualmente consultan por febrícula, desde hace tres semanas. Buen apetito y digestiones. Dolores de piernas, en la cama.

Signos: Bien nutrida (20 k. 116 cms.) Facies colémica con subictericia de conjuntivas y mucosa bucal. Punto cístico y escaleno. Hígado de tamaño normal. Amígdalas algo grandes.

Orina: Urobilina, negativa. Normal por lo demás.

Heces: Normales, coloreadas, sin nada especial en su análisis. No se cultiva el B. Eberth ni paratífico.

Sangre: 4.600.000. Hb. 93%. V-Gl. 1. Leuc. 8.700. Hemograma: 0 - 1/0 - 0 5 - 40/47 - 7. Velocidad de sedimentación: 5/8. Índice = 3,6.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas 30 c. c. con moco muy abundante, sin sangre: indicios de bilis refluida. Clorhídrico libre 0,352/1.000. Acidez total 0,781/1.000.

Bilis B.: (comienza a fluir a los diez minutos de administrar el sulfato de magnesio), 30 c. c., amarillo-verdoso, de aspecto turbio con abundantes flóculos. Bilirrubina 158 mg%. Urobilinógeno, negativo. Albúmina ++. Microscópicamente se observan gran cantidad de pirocitos y células epiteliales cilíndricas aisladas y en forma de empalizada, así como estrias de moco. No cristales, ni microconcreciones, ni protozoos. El estudio bacteriológico mediante siembras resultó estéril. (Dr. Outeiriño).

Radiografía de fémur. Osteitis de cuello y cabeza.

Diagnóstico: Colecistitis catarral post-tífica. Osteitis tífica.

Tratamiento: Régimen adecuado. Reposo absoluto. Estreptomina 0,5 por día durante seis.

Curso: Cedieron el aspecto colémico y los puntos vesiculares, persistiendo la febrícula.

Epicrisis: Reacción vesicular después de un proceso tífico. Parte de las molestias generales relacionadas con una osteitis tífica residual.

Caso 11.

Angeles S. H. 10 años.

Anamnesis familiar: sin interés.

Anamnesis personal: Sarampión, tosferina. Operada de extirpación de amígdalas y adenoides a los cinco años.

Síntomas: Consultan por diarrea desde hace tres meses, con tres, cuatro deposiciones diarias matutinas, marrón, sueltas; se corrigen con astringentes y dieta para reaparecer espontáneamente, al recomenzar la alimentación normal. Anorexia y molestias gástricas con eruptos de olor a huevos podridos. Desde hace uno y medio mes se añaden dolores abdominales en cuadrante superior derecho, intermitentes, durante o a continuación de las comidas. Hace cinco días un vómito alimenticio tardío nocturno, quedando febrícula. Pérdida de peso de más de dos kilos. (27,6 k. y 127 cms.)

Signos: Bien nutrida. Queratosis pilar en muslos. Hígado, sobresale un través de dedo bajo el reborde costal; punto cístico neto. Tensiones 110/65 mm. Hg.

Orina: Normal, sin urobilina ni otros componentes biliares.

Heces: Pastosas, blandas de intenso olor, ácidas, con algo de moco (bien mezclado). Restos normales. Flora iodófila. No huevos, ni quistes.

Sangre: Leucocitos, 8.400. Hemograma: 0 - 0/0 - 0 - 0 - 4 - 72/22 - 2. Velocidad de sedimentación: 4/12. Índice = 5.

Sondaje duodenal: Jugo gástrico en ayunas 42 c. c. con moco y algún hilillo sanguinolento. Acidez clorhídrica 22: Idem total 40.

Bilis A: con flóculos constituidos por grumos de leucocitos, células poliedricas y hematíes. Responde mal con el sulfato de magnesía en el curso de una hora, no obteniéndose bilis B.

Colecistografía, con ácido propiónico positiva, normal (fig. 6). Al cabo de tres horas prueba del vaciamiento de Boyden-Whitaker, (fig. 7), se vacía incompletamente por mal funcionamiento vesicular (Dr. Castillo).

Diagnóstico: Colecistitis subcrónica.

Tratamiento: Dieta adecuada. Reposo absoluto una semana: relativo seis semanas. Estreptomicina 0,5 por día, durante ocho, seguido de Penicilina 200.000 UO por día durante cinco. Coleréticos (Fellamina).

Curso: Al cabo de dos meses habían desaparecido: la diarrea, los eruptos, vómitos, dolores abdominales, la febrícula y la anorexia. El hígado estaba en reborde costal y no existía punto cístico. UL

teriormente bien (seis semanas control).

Epicrisis: En una niña con fuerte gastritis, se originó una colecistitis camuflada bajo el cuadro de un catarro cólico banal. Si acaso el carácter matinal de la diarrea ("intestino despertador" de los franceses) sería sospechosa del componente colecistítico. Buena respuesta al tratamiento de su gastropatía y antibióticos.

III. ANALISIS DEL CUADRO.

A. Estudio de los síntomas: 1. Entre los generales existen frecuentemente *febrícula* (5 casos) y raras veces fiebre (2 casos), en crisis de ordinario. La *desnutrición* ha sido un síntoma bastante frecuente en nuestra serie, afectando a 5 casos, aunque con poca intensidad. *Fenómenos neurodistónicos* han ocurrido con igual frecuencia y consistieron en mareos, tendencias a lipotimias, mala cara y cefaleas (5 casos). La tensión sanguínea sólo se encontró apreciablemente bajo en en un caso (85/50 mm. Hg.) Jaqueca.

2. *Síntomas gastrointestinales* han tenido todos menos uno de los casos y han consistido por éste orden de frecuencia vómitos, anorexia, diarrea, náuseas, estreñimiento y molestias de dispepsia gástrica (pirosis, ardores, sensación de plenitud. Los *vómitos* en más de la mitad de los casos se acompañan y preceden a menudo de cefalea y náuseas y suelen ocurrir por la mañana en ayunas. De ordinario acuosos y con bilis finalmente; otras veces son alimenticios tardíos. Muy a menudo ocurre por accesos y en tal caso hacen pensar en los vómitos cíclicos, de los que se diferencian porque no cursan con acetonuria. Sin embargo en un caso eran auténticas crisis acetónicas precedidas de hemicránea. La *diarrea* ocurrió en 4 casos: en realidad solo en uno merece éste nombre y era de 3-4 deposiciones matutinas, colítica; en los restantes se trataba de una deposición pastosa, con exceso de grasa en dos de los casos. En dos casos con *estreñimiento* suele coexistir con cefalea o jaqueca y tiene carácter habitual.

3. *Dolores*. Todos los casos lo han acusado: *espontáneos* 9/11 y en su mayoría referidos al cuadrante superior derecho (6 casos); una sola vez se refería al ángulo del omóplato derecho y otra en el lado izquierdo del vientre; dos ve-

ces periumbilicales. Suelen ser intermitentes y a menudo se exacerban por las comidas o surgen durante ellas. Su carácter osciló entre molestias dolorosas o verdaderos pinchazos. También se exacerban por el movimiento y aminoran por el reposo. En un caso de coledisquinesia alérgica, no existían ni espontáneos ni provocados. El *dolor provocado* se presentó en todos los casos con localización derecha siempre. El "punto cístico" se comprobó en 8 casos: dos veces había dolor en la zona apendicular (una de ellas coexistiendo con dolores periumbilicales espontáneos y punto cístico). Sólo en ocasiones había dolor a la derecha de la columna vertebral (en punta de escápula una vez y al lado de la 12ª apófisis espinosa, otra). A menudo se comprobó *hiperalgesia cutánea* de Head, en metamerías derechas D⁹ L⁴.

4. *Síntomas hepáticos.* En 5/11 casos existía un tinte amarillento *subictérico* de piel y conjuntivas, que no tiene que ver con la palidez vasomotora tan frecuente en niños neurodistónicos. Se la exterioriza bien: anemiando la piel de la oreja; en el fondo de saco conjuntival inferior mirando hacia arriba y en el paladar duro.

El *hígado* se mostró de tamaño normal 6 veces y en cinco rebosó el reborde costal 20 - 40 mm. para retraerse de nuevo con la mejoría terapéutica. La *vesícula* fué palpable una vez (caso 9) estando el niño en pie, en posición inclinada hacia adelante.

5. *Sondaje duodenal.* Se realizó en diez casos dando los informes más concretos en cuanto a la existencia y clase del trastorno colecistítico. Se realizó sin dificultad especial en cada caso y sólo requiere la suficiente paciencia para aguardar el paso de piloro por la oliva de la sonda. El estímulo colerético empleado fué sulfato de magnesio. En una ocasión después de haber obtenido la bilis A. no produjo efecto ni en una hora, informando una retención biliar que ulteriormente confirmó la colecistografía. Otras dos veces hubo bastante retraso en la respuesta colerética, lo que también es un elocuente indicio.

Bilis A.: Casi siempre se mostró turbia y grumosa y a veces contenía leucocitos y una vez, hematíes. Su cantidad varió entre 10 - 60 c. c.

Bilis C.: Su cantidad varió de 20 - 50 c. c. Su aspecto fué siempre grumoso, y con moco muy aumentado, conteniendo leuco o piocitos en cantidad aumentada hasta muy abundantes y en acúmulos, en todos los casos. Tres veces incremento de células epiteliales. En tres ocasiones contenía *G. lamblia*s ($3/9 = 33,3\%$) y en dos microcristales de bilirrubinato de cal.

Bacteriológicamente, se comprobó por análisis microscópico directo la presencia de gérmenes en dos casos (*Bacilos Coli* en ambos, con asociación de *Enterococo* y además *Estafilococo* en uno). Se hizo siembra en siete y cinco de ellas fueron positivas, con el siguiente resultado: *B. Coli* 3 casos; *Estafilococo* 2 (una asociado al *B. Coli*); *Aerogenes mucosus*, 1; Esteril 2 veces. En tres ocasiones se comprobó una intensa reactividad alérgica al germen aislado (*B. Coli* 2 veces; al *Estafilococo*, una) mediante intradermorreacción.

La *Bilis C.* sólo fué ligeramente anormal en un caso, conteniendo algún grumo y leucocitos.

El *Jugo gástrico* obtenido en ayunas durante el sondaje, en seis casos osciló entre 12 - 65 c. c. y en tres ocasiones contenía una gran cantidad de moco (una de ellas, también indicios de sangre) y era siempre de acidez escasa: Acidez libre entre 0,0 - 0,893; Acidez total entre 0,656 y 1.460).

6. *Otros síntomas analíticos. Orina.* Sólo en 3/10 casos presentó urobilinuria y en uno solo caluria mínima. En ningún caso hubo sales biliares. *Heces.* En dos ocasiones tenía un aumento de grasa y en otras dos (una coincidente) quiste de *G. lamblia*.

Sangre. Los *hematíes* acusaron en 4/7 casos una mínima anemia entre 4 - 4,5 millones de tipo hipocromo. La hemoglobina, osciló entre 77 - 86% en tales casos y el valor globular de 0,93 - 10. Hubo *leucocitosis* (cifra superior a 8.000) en 6 de ocho casos y el hemograma fué más o menos normal de ordinario, salvo en dos casos con ligera polinucleosis y en uno con eosinofilia (no había *lambliasis* ni parasitismo intestinal). La *Velocidad de sedimentación* normal en 5 y solo en tres casos resultó superior a diez mm. En un caso agudo (No. 8) el Índice fué más elevado, alcanzando 58.

La reacción de TAKATAARA resultó positiva en dos casos en que se investigó.

7. *Colecistografía.* Se realizó en tres casos y en todos se pudo objetivar el colecisto. En todos los casos defectuosos vaciamiento mediante la prueba de Boyden - Whitaker: en un caso insuficiente replección del contraste.

B. *Diagnóstico y formas clínicas* a) Dentro de nuestros casos se desglosa muy bien una forma que podríamos denominar "Standard", de que son paradigma los Nos. 3 - 4 - 5 con su síndrome de dolores abdominales en cuadrante derecho, y provocados en zona vesicular; síndrome neurodistónico; anorexia y náuseas y su curso crónico febricular. b) Pero es bastante más frecuente la *Forma cíclica* que dibuja un cuadro con grandes similitudes con la crisis de acetonemia de los vómitos cíclicos y sus equivalentes. Aquí hay una frontera dudosa entre los casos auténticos de vómitos acetonémicos, en dependencia de la hepatopatía colecística y aquellos en que las "crisis" son menos coloreadas y se limitan al desarrollo de anorexia, mal color, feto ex ore y ocasionales vómitos matutinos. c) Sólo una vez (caso 8) el cuadro fué *agudo*, febril elevado, con leucocitosis, subictericia y gran aumento de la velocidad de sedimentación; correspondió a una agudización de "forma crónica". d) Otro caso se peculiarizó por su forma *diarréica*, bajo el aspecto de varias deposiciones colíticas matinales.

Diagnóstico. Toda vez que se trata de una enfermedad que a pesar de ser no muy rara se diagnostica excepcionalmente en la infancia, ello debe obedecer a que se la confunde con otros cuadros de más frecuente observación pediátrica: Nosotros estamos convencidos de que de ordinario se la rotula de: vómitos cíclicos o simplemente "acetona" (lo que representa un idiotismo diagnóstico); "amigdalitis focal", por la frecuencia con que coexisten y aún determina el cuadro hepático; y por último, la relativa frecuencia de gastritis hace pasar a la penumbra diagnóstica, la colecistopatía. El único procedimiento de asegurar el diagnóstico consiste en practicar sondajes duodenales en los casos sospechosos, precedidos o no de una colecistografía que tiene el gran valor de permitir conocer la coexistencia o ausencia de coelitis.

C. *Etiología.* La *edad* de nuestros once casos varía de seis a trece años. Con cierto predominio entre ocho - diez (6 casos). El sexo acusa ventaja femenina (6/11 casos). La *causa* de acuerdo con los datos de la historia clínica, serían por orden de frecuencia: croniosepsis amigdalofaríngea (5 casos), infecciones tíficas (3 casos), sarampión, escarlatina y gastritis (una cada uno). En dos ocasiones hubo en el fondo patológico alergia (bacteriana una vez y al huevo otra) anterior, sobre la que se asentó una causa desencadenante. En dos casos coexistía apendicitis crónica.

D. *Pronóstico y tratamiento.* El pronóstico es invariablemente bueno en esta forma que estudiamos (crónica), habiéndose tolerado bien la enfermedad y curado (merced a la terapéutica) seis de los casos en periodos variable de un mes a tres años. En tres curso ondulatorio estacionario y en tres desconocido. Como *complicación*, gastritis dos casos clínicamente y en uno fué ésta más bien primitiva y tal vez origen de la colecistopatía. Otras dos veces existía apendicitis crónica, verosimilmente relacionada con su etiología. La *terapéutica* empleada comprende cuatro grupos de recursos: 1. General, con reposo absoluto y calor local. 2. Dietético clásico (estos dos grupos se emplearon en todos los casos). 3. Antiséptico: con Estreptomina (4 grs. en ocho días) se trataron cuatro casos (3 curaciones y uno mejoría). Con urotropina un caso (curó). 4. Coleréticos se emplearon seis veces combinadamente con otras terapéuticas. 5. Dos veces se usó autovacuna con resultados dudosos y se hizo (6) extirpación de focos en tres casos (No. 1, 2 y 8), habiendo sido ya efectuada previamente en otros dos.

RESUMEN

Breve revisión recapitulatoria de las colecistitis infantiles, destacándose una forma aguda supurada (muchas veces tífica, otras por colelitiasis o escarlatina) y otra crónica que la clínica y el sondaje duodenal permitieron deslindar en los últimos quince años.

Se aportan once casos propios, con sus historias individuales, analizando el cuadro clínico, compuesto por: Síntomas neurodistónicos, desnutrición y febrícula en ocasiones. Trastornos dispépticos cíclicos (pirosis, náuseas, vómitos) y

dolores espontáneos y provocados en cuadrante superior derecho. Ocasionalmente subictericia e infarto hepático. Bilis B. con moco, copos, piocitos y gérmenes (5/7): en un tercio de los casos Giardia, que no pareció jugar papel patógeno. Gastritis hipoclorhídrica a menudo.

En cuanto a formas clínicas se distingue una forma clínica frecuente que simula los vómitos acetonémicos, de la que suele diferenciarse por ausencia de acetonuria y signos hepáticos.

Etiológicamente, son niños escolares con focos faríngeos, infecciones tíficas o infantiles, o apendicitis crónica.

Tratamiento a menudo eficaz con reposo, dieta, antibióticos y coleréticos.

Referencias bibliográficas

- 1—Rilliet y Barthez. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. T. II, 612, 1866. Paris.
- 2—Potter. Gallbladder disease in young subjects, *Sur. Gynec. & Obst.*, 46: 795, 1928.
- 3—Reid y Montgomery. Acute cholecystitis of children and typhoid fever complication. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 37: 7, 1920.
- 4—Ritter y Ehrat. Beitrag Zur Cholecystitis acuta and Typhus Komplikation im Kindesalter. *Schweiz med. Wschr.* 53: 821. 1928.
- 5—Liege y Folliason. Etude medico-chirurgicale des perforations de la vesicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde, chez l'enfant. *Arch. de me. d'enfant.* 34: 581. 1931.
- 6—Halbroock. Non typhoid cholecystitis in childhood. *Amer. J. Dis. Chil.* 47: 836. 1934.
- 7—Vollmer. Cholecystitis im Kindesalter. *Zeitsch. f. Kinderh.* 49: 200, 1930.
- 8—Mohr. Acute Cholecystitis in Childhood. *Amer. J. Dis. Child.* 42: 372. 1931.
- 9—Schamoni. Brandige Gallenblasen-entzündung bei einem vierjährigen Jungen *Ztbl. f. Chir.* I 930, 1340.
- 10—Stammler. Akut operativ geheile cholecistitis bei einem 5 jährigen Knaben. *Mntschr. f. Kinderh* 35: 481, 1927.

- 11—Abels Die in Kindesalters beginnenden Gallenafektionen von Klinschen und Konstitutions pathologischen Standpunkt. Wien. Klin. Wchnschr. 37: 1031. 1924.
- 12—Guerstein y Rydermann. Douleurs abdominales chroniques chez l'enfant. II. Les angiocholecystitis des enfants. Rev. Franc. de Ped. 10: 225, 1934.
- 13—Sheldon Chronic Cholecystitis in a boy aged ten years. Lancet. 1934, I, 82.
- 14—Zelditch, Wurmman, Jolkver y Grindich. Des cholecystites chez les enfants. Rev. Fr. de Pediat. 12: 351, 1936.
- 15—Gallerasi. Colecistitis en la infanzia. Arch. Ital. Pediat. 481, 1937.
- 16—Lowenburg Cholecystitis in Childhood, J. Pediat. 12: 203, 1938.
- 17—Sheldon. Diseases of Infancy and Childhood. Londres, 1936.
- 18—Amber. en Brenneman's Practice of Pediatrics. III. Cap. II, 33. Hagerstown. 1946.
- 19—v. Creveld, en Fanconi y Wallgren. Lehrbuch der Pediatric. Basilea, 1950.
- 20—Bravo. Algunas consideraciones sobre las colecistitis en el niño. Rev. Esp. Pediat. 4: 381, I.

UN CASO DE AMIOTONIA CONGENITA DE OPPENHEIM

Francisco Miranda Ruiz ()*

La rareza de esta afección nos ha animado a escribir el presente trabajo. En efecto, en la literatura venezolana solo hemos encontrado un artículo de Oropeza y Briceño relatando tres casos.

La amiotonia congénita fué descrita por primera vez por Oppenheim en 1900 y desde entonces ha sido, y todavía es, objeto de discusión, especialmente respecto a su etiología, histopatología y a su relación con la atrofia muscular espinal de Werdnig-Hoffman. Algunos autores sostienen que es debida a factores hereditarios; otros acusan la tuberculosis, la edad avanzada o la consanguinidad de los padres. Es interesante la teoría de Marburg, citado por Nobecourt, quien afirma que es la secuela de una poliomiелitis fetal. Según Grinken, citado por Brenneman, en casos típicos de amiotonia congénita hay disminución del número de células en los cuernos anteriores de la médula, algunas de las cuales están deformadas y otras hipertrofiadas. Las lesiones musculares son ligeras y no características, los músculos son amarillentos y muy blandos. Microscópicamente las fibras musculares son muy pequeñas y de apariencia fetal, puede haber aumento de la grasa intersticial y del tejido conjuntivo. Estos cambios anatómicos inducen a pensar que en la amiotonia congénita la lesión primaria está en el sistema nervioso y que los cambios musculares son secundarios a este proceso.

(*) Pediatra Adjunto al Servicio de Dermatología del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos, Caracas.

Para algunos autores la amiotonia congénita de Oppenheim y la atrofia muscular espinal de Werdnig-Hoffman son dos enfermedades distintas, pero las observaciones anatómo-patológicas recientes han llevado a concluir que se trata esencialmente del mismo proceso con manifestaciones clínicas algo diferentes. En el primer caso la enfermedad evoluciona durante la vida intrauterina, se manifiesta desde el nacimiento y algunas veces tiende a mejorar espontáneamente. En el segundo caso la enfermedad se manifiesta alrededor del primer año y sus síntomas se agravan rápidamente. Los casos severos de amiotonia congénita se manifiestan desde el embarazo siendo los movimientos fetales menos vigorosos que normalmente. El síntoma más característico es la debilidad muscular generalizada sin ninguna parálisis localizada. Los músculos son pequeños y blandos. Los intercostales siempre están afectados mientras que el diafragma siempre funciona normalmente. Como consecuencia de esto, la respiración es dificultosa, completamente diafragmática, con retracción de la parte inferior del torax durante la inspiración. Frecuentemente hay ataques de cianosis por acumulación de moco en las vías respiratorias.

El llanto es débil. Los movimientos pasivos encuentran poquísima resistencia, los pies pueden colocarse con facilidad detrás de la cabeza. Los nervios craneales no son afectados. Los reflejos tendinosos están abolidos pero pueden reaparecer si el niño mejora. La excitabilidad muscular está disminuida tanto a la corriente galvánica como a la farádica, pero casi nunca hay regeneración. La mentalidad y la sensibilidad no son alteradas. En nuestro caso, como en un caso citado por Oropeza y Briceño había intensa hiperhidrosis.

El 30% de los niños con amiotonia congénita mueren en el primer año de vida, casi siempre de complicaciones respiratorias. En los casos benignos el niño sobrevive indefinidamente y hay una mejoría lenta pero progresiva. El niño se hace capaz de sostener la cabeza, sentarse y aun caminar. Curación casi absoluta ocurre en pocos casos.

No se conoce tratamiento alguno para esta enfermedad aunque Weinberg afirma haber curado un caso con corteza

suprarrenal. Deben evitarse las complicaciones respiratorias. El masaje y los movimientos pasivos son útiles para evitar contracturas y mejorar la circulación de los músculos.

CASUÍSTICA:

Examinamos por primera vez a C. . el 3.3-50 a la edad de 11 meses. Había nacido después de embarazo y parto normal con un peso de 3-500 grs. La madre dice no haber notado diferencia entre los movimientos fetales de este embarazo y los otros. El padre tiene 36 años de edad y la madre 33, ambos gozan de buena salud. La madre ha tenido 4 niños sanos y tres abortos de 2 meses.

Refieren los padres que desde el primer momento después del nacimiento le notaron a la niña dificultad para respirar y abombamiento del abdomen a cada inspiración. Durante los dos primeros meses no hacía prácticamente ningún movimiento. Desde entonces el presente ha mejorado lentamente, mueve algo las piernas y mucho más los brazos; es capaz de agarrar y mover objetos livianos. Lloro y dice mamá débilmente, apenas audible.

El examen físico revelaba una niña hipotrófica, acostada, con inmovilidad casi absoluta de las piernas y con ligeros movimientos de los brazos. El peso era de 7-300 grs. la talla 71 cms. la circunferencia craneal 43 cms. La circunferencia torácica a nivel del 5º espacio intercostal 35 cms. y la circunferencia abdominal 47 cms. El torax blando, ensanchado en su parte inferior, se retrae durante la inspiración al mismo tiempo que el abdomen se abomba. No sostiene la cabeza ni se sienta. Ausencia completa de reflejos tendinosos. Cianosis ligera. Apreciable cantidad de moco en la faringe. Estudio radiológico del torax practicado por el Dr. F. Banchs mostró ausencia completa de movilización de los arcos costales, con aumento de su oblicuidad y disminución de los diámetros transversales del torax, todo ello como consecuencia de una eliminación absoluta de respiración torácica. La respiración se hacía exclusivamente a expensas del diafragma.

Determinación de las cronaxias musculares dió los siguientes resultados (Dr. Blackenburg, Hospital Ortopédico Infantil, Caracas):

Lado izquierdo			Lado derecho
no contracción	músculos anchos abdominales	no contracción	
" "	glúteo mayor	" "	
31,99	psosilíaco	21,99	
31,99	sartorio	31,99	
21,99	cuadriceps crural	21,99	
21,99	biceps crural	32,99	
21,99	semimembranoso, semitendinoso	35,99	
21,99	gemelos	35,99	

16,99	tibial anterior	24,99
16,99	tibial posterior	35,99
21,99	peroneo lateral	35,99
25,99	extensores y flexores del pie	21,99
19,99	músculos de canales vertebrales	39,99
8,99	deltoides	8,99
23,99	trapecio	23,99
2,99	biceps braquial	2,99
2,99	triceps braquial	2,99
2,99	supinadores y pronadores	2,99

Estas cifras concuerdan con los datos clínicos de mayor movilidad en los brazos que en las piernas.

RESUMEN

Se presenta un caso de amiotonia congénita de Oppenheim. Se hace notar la correlación entre los datos clínicos, radiológicos y cronaxias musculares.

SUMMARY

The author presents one case of amyotonia congenita (Oppenheim's disease). The correlation between clinical and radiological data and the muscular chronaxies is emphasized.

REFERENCIAS

- Brenneman. Practice of Pediatrics. IV: 16: 7 W. F. Prior Co. Maryland, 1945.
- Holt's Diseases of Infancy and Childhood. 1044, Appleton Century, New York 1939.
- León León, J. M. La enfermedad de Oppenheim. Estudio parcial de un caso. Revista Cubana de Pediatría, 21: 327, 1949.
- Mitchell-Nelson. Textbook of Pediatrics. 1072 y 1228. Saunders, Philadelphia, 1948.
- Nobecourt, P. Précis de Médecine des Enfants. V: 276. Masson & Cie. Paris, 1920.
- Oropeza, P. y Briceño, A. La enfermedad de Oppenheim. Archivos Venezolanos de Uericultura y Pediatría, 14: 755, 1942.
- Weinberg, M. H. Amyotonia congenita. Case treated successfully with adrenal cortex (escatin). Ann. Int. Med., 12: 1382, 1939.

CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO

INFORME ANUAL

1951

Caracas - Venezuela

INFORME ANUAL

**De la Asamblea del Consejo Venezolano del Niño al Ejecutivo Federal
de los Estados Unidos de Venezuela**

**Materia: Actividades desarrolladas por el Consejo Venezolano del Niño
durante el año 1950.**

De acuerdo con expresas disposiciones del Estatuto de Menores, tengo el honor de presentar a la consideración del Ejecutivo Federal, en nombre de la Asamblea del Consejo Venezolano del Niño, el Informe relativo a las actividades de dicho Organismo, correspondiente al año 1950.

— 0 —

Estatuto de Menores

Aunque en el informe correspondiente al año anterior se hace mención de que el Estatuto de Menores había recibido la aprobación del Ejecutivo Federal, parece referencia obligada dentro del cuerpo de esta reseña la concerniente a la promulgación del referido texto legal hecha el cinco de enero de 1950, no tan solo desde el punto de vista de la trascendencia que la misma entraña, sino también para aludir al señalamiento de modificaciones en la legislación sobre menores y a las repercusiones que pudiera tener tanto en la estructura y funcionamiento del Consejo, como en el campo asistencial que le es propio.

En efecto, llenados algunos vacíos existentes con relación al ordenamiento legal de menores y dotado el Consejo Venezolano del Niño de facultades más amplias para cumplir los fines de asistencia y protección a la infancia, necesariamente, debían consultarse nuevos procedimientos de trabajo que en el curso del tiempo puedan hacer cada vez más efectivas en su aplicación práctica las diversas innovaciones que contiene el Estatuto de Menores. Por ello, el Consejo Venezolano del Niño ha tratado dentro de las nuevas normas legales establecidas por

el Estatuto de Menores vigente adaptar a ellas las diversas y complejas cuestiones instituidas por la rutina de más de once años de actividad, las cuales no se han guiado siempre en su totalidad por líneas precisas y normativas.

Además el Consejo dentro de la aplicación del Estatuto de Menores vigente, estudia detenidamente la posibilidad de reformar aquellos aspectos que dentro de la experiencia diaria, le sugiera la aplicación del Estatuto de Menores para presentarlos en su oportunidad al Ejecutivo Federal, a fin de que sean considerados por los correspondientes Organismos.

II

Constitución de la Asamblea y Elección de nueva Junta Directiva

Integrada conforme a las disposiciones del Estatuto de Menores la Asamblea del Consejo Venezolano del Niño, ésta se constituyó el 17 de marzo de 1950 bajo la presidencia del doctor Gustavo H. Machado. En esta reunión constitutiva, previo los trámites de estilo, fueron electos los miembros principales y suplentes para formar la nueva Junta Directiva así: Principales: Dres. E. Santos Mendoza, Gustavo H. Machado, Ernesto Vizcarrondo, Olinto Camacho y Coronel Miguel Angel Leal; Suplentes: Dres. Miguel Raga, Víctor Alvarez, Antonio J. Urdaneta, José Agustín Méndez y L. E. Chataing y Sr. José Manuel Sánchez.

Los miembros principales de la Junta Directiva procedieron a la designación de cargos, con los resultados siguientes: Presidente: Dr. E. Santos Mendoza; Vice-Presidente: Dr. Ernesto Vizcarrondo; Tesorero: Dr. Olinto Camacho; y Vocales: Dr. Gustavo H. Machado y Coronel Miguel A. Leal.

Integrada la Junta Directiva conforme se indica ésta acordó sesionar los días miércoles de cada semana, habiendo efectuado desde su constitución 32 reuniones a través de las cuales conoció y estudió todos los asuntos de su competencia.

Designación del nuevo Secretario General

III

Por renuncia del Dr. José Angel Rodríguez Delgado y la cual aceptó la Junta Directiva el 21 de marzo de 1950, se nombró Secretario General del Consejo Venezolano del Niño a la doctora Lya Imber de Coronil, quien empezó a ejercer dicho cargo a partir del 1º de abril del año al cual corresponde este informe.

IV

Actividades Desarrolladas

A continuación se presenta una síntesis de las principales gestiones cumplidas por el Consejo Venezolano del Niño en los diferentes

campos de acción intervenidos por sus diversos órganos de trabajo:

A—ASISTENCIA A LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA

El respectivo campo de trabajo lo constituyen menores comprendidos entre 0 y 6 años y la labor asistencial es realizada a través de Casa-Cunas y Jardines de Infancia.

Conjuntamente con la labor de investigación concerniente al Servicio Social, la intervención técnico - administrativa de los establecimientos y la subsecuente supervisión constante de los mismos durante el año, permitió alcanzar mayor efectividad en cuanto se refiere a la capacitación de personal, a la salud y asistencia de los menores, al control de inversiones, etc., etc.

1.—Capacitación de Personal

A fines de marzo de 1950 se clausuró el Curso para la Formación de Maestras Kindergarterinas iniciado en octubre del año anterior. Bajo el patrocinio del Consejo se organizó dicho curso con un total de 26 alumnas y para costear los respectivos gastos, también contribuyó con la cantidad de Bs. 24.300.

2.—Creación de nuevos Establecimientos.

Se creó el Jardín de Infancia anexo a la Casa-Cuna "Sucre" de Caracas, con un cupo de 60 plazas; el Jardín de Infancia anexo a la Casa-Cuna "Concepción Palacios" de Maracay, con un cupo de 35 plazas; en las ciudades de Santa Ana y de La Asunción del Estado Nueva Esparta una Casa-Cuna y un Jardín de Infancia con un cupo de 35 y 50 plazas, respectivamente. El cupo de los establecimientos creados en la rama de Primera y Segunda Infancia aumenta en 180 plazas, y totaliza en todo el país 2.896 al finalizar el año.

3.—Clausura Temporal de Establecimientos.

En base de un estudio minucioso en la Casa-Cuna Interna "Negra Hipólita", ubicada en la ciudad de Caracas, se comprobó que dicho Establecimiento no rendía servicio eficaz debido a las pésimas condiciones del local donde funcionaba, condiciones que impedían la realización de un trabajo correcto y determinaban un altísimo costo de sostenimiento, motivos por los cuales fué resuelta su clausura temporal.

4.—Reunión de Directoras de Jardines de Infancia.

Como consecuencia de una intensa supervisión realizada en los establecimientos existentes en el Distrito Federal se promovió y realizó una concentración de Directoras de Jardines de Infancia cuya finalidad fué impartir pautas concretas encaminadas a asegurar la mayor eficiencia posible en el funcionamiento de los mismos.

5.—Importación de material didáctico

Tanto por la conveniencia desde el punto de vista económico como por la respectiva calidad de los objetos importados, se consideró pro-

cedente importar de los Estados Unidos de América el material didáctico destinado a los Jardines de Infancia.

6.—Construcción de edificios

Durante el lapso al cual corresponde este informe fueron terminados cinco edificios destinados a otros tantos establecimientos, con un cupo total de 400 plazas, a saber:

Unidad Casa-Jardín de Infancia San Cristóbal	180 plazas
Casa-Cuna de Maturín, Estado Monagas	55 "
Casa-Cuna Barcelona, Estado Anzoátegui	55 "
Casa-Cuna de Barinas, Estado Barinas	55 "
Casa-Cuna de La Asunción, Estado Nueva Esparta	55 "

Al entrar a funcionar los establecimientos de San Cristóbal, Barinas, Maturín y Barcelona, el cupo de 2.896 plazas disponibles para el año 1950, se elevará a 3.241 plazas.

7.—Algunos datos sobre el funcionamiento de Casa-Cunas y Jardines de Infancia.

Al finalizar el año el número de establecimientos existentes alcanzaba a 62 (25 Jardines y 37 Casa-Cunas), o sea 2 unidades más que el año anterior. Los establecimientos existentes en 1949 registraron un total de 500.793 niño-días asistidos, en tanto que la cifra para 1950 alcanzaba a 591.410. Reduciendo estos números a términos comparables, puede determinarse que la asistencia media por día y por establecimiento aumentó el 18% en 1950 respecto a 1949.

El riguroso control ejercido sobre el funcionamiento de cada unidad asistencial permitió controlar 8.420 casos de morbilidad conocida; registrar la cifra de 4.732 inmunizaciones y 401 radioscopias prácticas. Se espera en lo sucesivo poder estrechar aún más la vigilancia en cuanto al funcionamiento de cada institución con el fin de acopiar cuanta información sea necesaria para perfeccionar los sistemas de trabajo hasta el punto de asegurar el máximo rendimiento al más bajo costo factible.

B.—ASISTENCIA DE MENORES EN SITUACION IRREGULAR

El núcleo de personas asistidas por el Consejo en la categoría enunciada en el sub-título, está formado por los menores comprendidos entre los 7 y los 18 años, clasificados en dos grandes grupos, a saber: a) con trastornos de conducta; y b) sin trastornos de conducta. La gestión asistencial se realiza a través de establecimientos de detención temporal, de observación y diagnóstico y de internamiento conforme a las características de los menores.

También en este sector de trabajo del Consejo Venezolano del Niño fué preciso llevar a la máxima intensidad el proceso de revisión de los métodos de organización y de trabajo con el propósito indeclinable de ajustar los recursos existentes y los respectivos programas de acción

a las necesidades reales y urgentes de nuestro medio. Producto de este afán son las actividades cuya reseña se hace de seguida:

1.—Coordinación de actividades.

La necesidad impostergable de estudiar la mejor forma de llevar a la práctica programas de acción efectivamente a tono con las circunstancias imperantes, determinó la creación de una Comisión Técnica como organismo consultivo adhoc de la División de Menores en Situación Irregular a partir de enero de 1950. Dicha Comisión fué integrada por el Jefe de la División, un psicólogo, un psiquiatra, el Jefe de la Sección Pedagógica y el Supervisor Técnico de la División, y su misión específica ha consistido en formar el núcleo de principios conformes a los cuales sea factible controlar en forma cada vez más efectiva la red de establecimientos asistenciales, perfeccionar los planes de trabajo y redactar disposiciones reglamentarias uniformes (inexistentes para la fecha) conforme a la naturaleza de cada establecimiento. Desde enero a diciembre de 1950 la Comisión ha celebrado 30 reuniones de las cuales se derivan los aportes siguientes:

- a) Proyecto de normas de funcionamiento para la Comisión.
- b) Guía de trabajo para los técnicos de observación psicológica.
- c) Reglamentos para internados de menores.
- d) Ficha psicopedagógica para la obtención de datos mediante los exámenes psicométricos y por la observación de conducta de los internos.
- e) Normas complementarias de carácter administrativo - docente para internados de menores.
- f) Normas pedagógicas para la planificación del trabajo en los establecimientos.
- g) Estudio pormenorizado de más de 300 informes sobre menores que demandaban protección institucional.
- h) Pautas para las Trabajadoras Sociales, sobre contenido mínimo de los informes sociales.
- i) Ficha psicopedagógica para kindergarten y su respectiva nomenclatura.
- j) Opinión respecto a la conveniencia de ampliar y mejorar la Escuela Taller de Sordo-Mudos y de crear un centro o clínica para la corrección de los defectos de la audición y del lenguaje.

2.—Convención de Directores de Establecimientos.

Confrontándose la ausencia casi absoluta de coordinación en muchos aspectos del trabajo que se realiza en los Establecimientos, fué convocada y realizada una convención de Directores en el mes de septiembre.

Las conclusiones de esta convención forman el núcleo de principios básicos informativos del programa de trabajo conforme al cual se han venido conduciendo las respectivas actividades.

3.—Incorporación de menores al medio social.

Este aspecto de tan fundamental importancia fué incluido también, por primera vez, dentro del programa de acción del Consejo. En efecto, la ubicación de los menores que egresan de los establecimientos re-educativos se ha considerado como la culminación positiva del proceso asistencial, no sólo desde el punto de vista del concepto económico de la inversión que el tratamiento de cada caso requiere, sino también desde el de la consolidación de la personalidad del menor conforme a los principios que le fueron inculcados. Por ello a fines de año se creó la dependencia de trabajo que se responsabilizará de la protección del menor egresado.

4.—Actividades desarrolladas en los establecimientos.

Dada la índole e importancia de las unidades asistenciales destinadas a menores con o sin trastornos de conducta, se considera conveniente individualizar los trabajos realizados en cada uno:

- a) **Internado Artesanal "Padre Machado".**—A base de la formación del núcleo de estímulos necesarios para hacer más interesante la vida de los menores, se ha logrado un manifiesto mejoramiento en la disciplina, la eliminación casi absoluta de las fugas que constantemente se venían registrando y la consecuente dedicación por parte de los alumnos para cumplir con las actividades que se les asignan. Se logró formar y poner a funcionar el Consejo de Maestros y el Consejo Técnico. El aspecto pedagógico ha sido también ostensiblemente mejorado y las actividades escolares han venido ajustándose a los planes y programas de estudio que rigen para las escuelas federales.
- b) **Instituto "Luisa Cáceres de Arismendi".**—En este establecimiento también fueron resueltos todos los problemas disciplinarios que se venían confrontando. Igualmente se supervisaron y mejoraron los procedimientos de trabajo, y se ampliaron servicios que, como el psicológico, está contribuyendo satisfactoriamente a lograr el adecuado tratamiento de las menores internas.
- c) **Instituto de Pre-Orientación de Los Teques.** — Este establecimiento amplió su radio de acción mediante la adición de 5 aulas, local para talleres y tres casas hogares. Estas últimas fué necesario clausurarlas hasta tanto se logre el correspondiente reajuste técnico-administrativo que asegure su funcionamiento en forma cónsona con los fines que inspiraron su creación.

Con el objeto de lograr la necesaria disciplina y de resolver satisfactoriamente problemas planteados por el personal docente, fué practicado el correspondiente reajuste y designado nuevo Director.

- d) **Internado de Readaptación de Tacarigua.** — Mediante las modificaciones introducidas al local de este establecimiento y conforme a la tradición organizativa de esta unidad asistencial, es

satisfactorio consignar en este informe que sus actividades han continuado desarrollándose en forma normal.

- e) **Internado Rural "La Esperanza" de Maracay.** — Este establecimiento dadas las condiciones de distribución, situación y orientación de su edificio, responde eficazmente a los fines de su creación, y para terminar el año logró elevar su cupo al máximo de 150 menores. Su organización y disciplina puede considerarse ejemplar y sus posibilidades de prestar servicio realmente eficiente han quedado aseguradas mediante la creación del Departamento de Observación psicológica, el cual permite una adecuada clasificación de los internos.
- f) **Internado de Menores de Barquisimeto.** — Las actividades de este establecimiento desarrolláronse en forma poco eficiente durante el año, como consecuencia de desajustes organizativos y funcionales, que determinaron la remoción de cinco directores que fueron designados. Fué sólo en septiembre último cuando se hizo factible establecer una serie de normas encaminadas a orientar y puntualizar distintos aspectos de trabajo y, consecuentemente, a evitar el agudizamiento de los problemas que obstaculizaban el desarrollo normal de actividades en el establecimiento.
- g) **Internado Rural "Carabobo" de Naganagua.** — Mediante la adición de dos amplios dormitorios y la consecuente ampliación de otras dependencias, las condiciones materiales de este establecimiento han mejorado notablemente, y contribuyeron a normalizar parcialmente las condiciones de vida de los internos. El nivel disciplinario de los internos y el índice de capacidad y comprensión del personal permitieron un desenvolvimiento normal de las labores y el logro de un rendimiento bastante aceptable.
- h) **Internado Rural "Dr. Raúl Cuenca" de Maracaibo.** — Aparte de los problemas inherentes a la carencia de local apropiado, que dificultan el desarrollo eficiente del trabajo en diversos aspectos, puede afirmarse que la disciplina y organización del Establecimiento mejoraron en forma considerable, mediante el reajuste del personal directivo que fué necesario realizar. La ampliación y mejoramiento de los servicios existentes en este instituto figura dentro de los proyectos del Consejo, en el designio de prestar un servicio más adecuado.
- i) **Establecimientos de Detención Temporal para Menores.** — Dentro de esta categoría se clasifican los albergues de detención. Las unidades existentes en Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Valencia han sido mejoradas ostensiblemente, ya mediante la refacción de los locales donde funcionan, ya desde el punto de vista funcional propiamente dicho. En efecto, el ambiente netamente policial y carcelario que los caracterizaba se ha sus-

tituido por la implantación de sistemas pedagógicos más ajustados al criterio institucional, de observación y drenaje, peculiar de este tipo de establecimiento.

- j) **Escuela Taller de Sordo-Mudos.** — La específica naturaleza de las materias y procedimientos de enseñanza aplicados en este centro determinaron desde su comienzo la escogencia de personal idóneo; por tanto, en este sentido no se confrontaron problemas. Particular atención demandó el mejoramiento de los servicios en este establecimiento, y en ese sentido se adelantaron gestiones para obtener un local más apropiado y para modernizar el equipo de trabajo y de material didáctico. Se adquirieron audífonos y los servicios ad-honorem del Dr. Luis E. Navarro, médico en la materia. Igualmente fué recibida la visita de la señorita Ruth E. Bender, notable especialista del Cleveland Hearing and Speech Center, mediante la intervención de particulares interesados en el problema del niño sordo-mudo; estableció contacto con el Consejo, trabajó en la Escuela Taller de Sordo-Mudos e impartió una serie de conocimientos básicos al personal directivo de este establecimiento. Como consecuencia de las relaciones establecidas a través de la señorita Bender, el Consejo envió a los Estados Unidos a realizar un cursillo de perfeccionamiento a los profesores Vicente Arnoriaga y Diana Navas, Director y Sub-Directora de la Escuela. También se encuentra becada en el Cleveland Hearing and Speech Center la maestra normalista Carlota Landae-ta.

5.—Construcción y mejoramiento de Edificios.

Durante el año fueron realizadas las construcciones o mejoras que a continuación se especifican, en diversos establecimientos:

- a) Sección de Aislamiento en el Internado de Menores de la Isla de Tacarigua, con capacidad para 40 menores.
- b) Reformas y ampliaciones en el local del Internado Rural "Fray Buenaventura Benaocaz", Municipio Biruaca del Estado Apure, con capacidad para 120 niños.
- c) Construcción de la red de instalaciones sanitarias, pozos sépticos, del bloque de dormitorio, del edificio para dos aulas y talleres y refacción de techos, pisos y paredes en el Internado Artesanal "Padre Machado".
- d) Transformación del edificio central del Internado de Readaptación de Tacarigua.

6.—Obras en ejecución.

Se intensificó el trabajo en lo referente a las siguientes obras:

- a) Construcción de 4 Casas-Hogares "Tipo 32" en la Colonia Hogar "Carmania", para 180 niños.
- b) Construcción de la Sección de Observación de niñas anexa al

Instituto "Luisa Cáceres de Arismendi", con un cupo total de 30 plazas.

- c) Acondicionamiento del viejo dormitorio del Internado de Menores de la Isla de Tacarigua para 100 niños.
- d) Construcción de celdas de aislamiento, refacciones varias en el edificio del Instituto "Luisa Cáceres de Arismendi".

Para finalizar el año el cupo total de los establecimientos para menores con y sin trastornos de conducta ascendía a 1.387 plazas; esta cifra tan pronto como entren a funcionar los establecimientos cuyos edificios están en proceso de construcción o acondicionamiento, se elevará a 1.800 plazas, aproximadamente.

7.—Algunos datos sobre el funcionamiento de los Internados.

El número de establecimientos para fines de año era de 13, y aunque esta cifra es igual a la del año anterior, debe observarse que el cupo aumentó en un 20%, por cuanto de 1.100 plazas existentes en 1949, pasó a 1.387 en 1950.

El cupo de los establecimientos se distribuye así:

Establecimientos para menores sin trastornos de conducta	620 plazas
Establecimientos para menores con trastornos de conducta	583 "
Otros establecimientos	184 "
<hr/>	
TOTAL....	1.387 "

En los establecimientos en referencia se registraron 2.045 casos de morbilidad y fueron practicadas 1.009 inmunizaciones y 23 radioscopias.

C.—SERVICIO SOCIAL

Al igual que en otras reparticiones, durante el año se prestó gran atención a la revisión de los procedimientos de trabajo utilizados en la División de Servicio Social, con el propósito de ajustar el funcionamiento de la misma a los principios que desde el punto de vista de la naturaleza de las gestiones y de nuestra realidad, deben presidir su orientación. El plan cuya vigencia se espera hacer realidad en 1951, puede sintetizarse así:

- 1—Racionalización y mejor división del trabajo social.
- 2 —Reducción al mínimo posible del trabajo de casos individuales, tratando de inspirarlo siempre en el concepto moderno de prevención social.
- 3 —Institución del trabajo social de grupo, encaminado al conocimiento y mejoramiento de las concentraciones urbanas subdividiéndolas en zonas, censando los recursos de la comunidad y aplicando técnicas de trabajo colectivo similar a la acción sanitaria en la lucha contra la mortalidad infantil.

4 —Establecimiento del subsidio familiar como política de rehabilitación, robustecimiento y restauración, etc., de las familias proletarias.

Al estudio, ordenamiento y estructuración del correspondiente plan de acción se dedicaron grandes esfuerzos durante el año, sin dejar de atender paralelamente a las demandas de la comunidad, conforme se desprende del siguiente resumen:

En el área controlada por el Consejo Venezolano del Niño a través de 16 Oficinas de Servicio Social con un total de 49 Trabajadoras Sociales, fueron inscritos 13.765 casos de los cuales se resolvieron favorablemente 8.894, o sea, más del 64%. La distribución de dichos casos conforme a los problemas que los identificaron fué:

Grupos de Problemas	No. de casos		%
	Matriculados	Resueltos	
Jurídicos.	7.362	4.338	58,9
Médicos.	321	259	80,7
Económicos ..	746	601	80,6
Familiares	1.323	914	69,1
De la Vivienda	288	100	34,7
Educacionales.	696	324	46,6
Solicitud ingreso a establecimientos asistenciales ..	2.083	1.634	78,4
Colocaciones familiares	834	656	60,7
Otros	112	68	60,7

El desarrollo del correspondiente trabajo social demandado por los casos requirió practicar 187.588 diligencias, lo cual significa que cada caso requirió efectuar más de 13 diligencias por término medio.

D.—ASISTENCIA JURIDICA.

En este campo asistencial fueron inscritos 3.900 casos cuya especificación se hace, por problemas, en el cuadro que sigue:

Problemas	No. de casos presentados	%
Reclamación de pensión alimenticia ..	1.512	38,8
Conflictos de Patria Potestad y reclamación para ob- tener la entrega de menores	401	10,3
Adopciones..	80	2,0
Dictámenes sobre procedencia de Colocación Familiar	100	2,6
Cuestiones ocasionadas por el divorcio de los padres u otras desavenencias conyugales ...	51	1,3
Tutelas... ..	6	0,2
van	2.150	55,2

	vienen	2.150	55,2
Reconocimientos	18	0,5	
Legitimaciones	9	0,2	
Reclamo de bienes de menores	231	5,9	
Violaciones, seducciones y corrupciones	530	13,6	
Maltrato de menores	77	2,0	
Investigación de la paternidad	11	0,3	
Rectificaciones de partidas del estado civil	3	0,1	
Menores acusados de delitos o faltas	87	2,2	
Otros asuntos	784	20,0	
TOTALES....		3.900	100,0

Las cifras anteriores revelan la importancia que los problemas jurídicos tienen dentro del conjunto de cuestiones asistenciales y sugieren la conveniencia de crear en toda la República, en forma debidamente planificada los Juzgados y Tribunales de Menores, con el fin de poder facilitar a la comunidad la solución de los problemas inherentes y específicamente relacionados con los aspectos contemplados en el Estatuto de Menores vigente.

E.—FORMACION DE AMBIENTE.

Otras de las actividades a las cuales el Consejo Venezolano del Niño consideró esencial prestar la máxima atención, es la concerniente a la formación de ambiente público en referencia con el problema del niño abandonado. A continuación se reseña cuanto en este aspecto pudo hacerse en el lapso al cual corresponde este informe:

1.—Prensa.

Dado el interés con que se ventilan los problemas del niño, las notas de prensa aparecidas en los ocho principales diarios de Caracas fueron debidamente catalogados por cada diario y clasificadas según el asunto al cual se referían, en un total de 2.658. Igualmente con miras a estimular y premiar la acción del periodista que mejor hubiese despertado la sensibilidad del público hacia el problema del niño abandonado en Venezuela, fué creado un concurso y el correspondiente premio que consistió en un diploma y la suma de Bs. 1.000—. El Jurado respectivo otorgó dicho premio al escritor Pedro Lhaya, por el trabajo "La Labor Pionera del Dr. Rafael Vegas", publicado en El Nacional del 9 de octubre de 1950.

2.—Publicaciones.

Durante el año se realizaron las siguientes: los números 7 y 8 de la Revista "Infancia y Adolescencia", en edición de 4.000 ejemplares; folleto titulados "Isla de Tacarigua. Un ensayo venezolano de readaptación", en edición de 5.000 ejemplares; edición de 5.000 carteles con leyendas encaminadas a evitar la entrada de menores en bares y boti-

quines; edición de 3.000 ejemplares del programa de la Exposición de Pintura, Dibujo y Artes Aplicadas de los internos de los Establecimientos del Consejo.

3.—Radioteatro.

En los programas de la Hora del Niño transmitidos por la Radiodifusora Nacional escenificáronse 26 cuentos, 55 comedias; y se radiodifundieron más de 200 notas informativas. Igualmente editáronse 51 charlas sobre antialcoholismo, iniciación literaria, trabajo de menores, colocación familiar, etc., por la Radiodifusora Nacional y otras Radioemisoras del Interior.

4.—Cine.

Semanalmente se proyectaron películas educativas y de recreación en diversos establecimientos. Más de 15 mil niños, además de otras personas, asistieron a dichas proyecciones cinematográficas.

5.—Exposición.

En el mes de marzo se llevó a cabo una exposición de Dibujo, Pintura y Artes Aplicadas en la Asociación de Escritores de Venezuela, a la cual concurrieron alumnos del Instituto Artesanal "Padre Machado", con trabajos de pintura y dibujos; del Instituto de Readaptación de la Isla de Tacarigua, con trabajos en hierro; del Instituto de Pre-Orientación de Los Teques, con tejidos; del Instituto "Luisa Cáceres de Arismendi", con trabajos en cuero; del Internado Rural "La Esperanza" de Maracay, con trabajos de madera.

6.—Laboratorio fotográfico.

Tanto por la facilidad con que puede ser utilizado este recurso como por la economía de significación que al efecto se obtiene, se instaló un laboratorio fotográfico a fin de poder suplir las necesidades del Consejo.

F.—CONSEJOS SECCIONALES.

Estos Organismos, de estructura similar a la del Consejo Central, a través de los cuales desarrolla sus programas de trabajo en el interior del país, han continuado sus labores satisfactoriamente.

A fines del año 50 fué creado el Consejo Seccional del Estado Mérida, el cual hace llegar al número de diez los existentes en la Repú-

blica, tal como puede verse en el cuadro que sigue:

Entidad Federal	Sede	Año de fundación
Zulia	Maracaibo	1944
Lara	Barquisimeto	1945
Bolívar	Ciudad Bolívar	1946
Carabobo	Valencia	1946
Sucre	Cumaná	1946
Táchira	San Cristóbal	1946
Aragua	Maracay	1947
Trujillo	Valera	1947
Nueva Esparta	Porlamar	1949
Mérida	Mérida	1950

Igualmente, se instituyó la supervisión de estos órganos de trabajo en el designio de asegurar su máximo rendimiento.

Además de los Consejos Seccionales existen también 4 Oficinas de Servicio Social, dos de las cuales fueron creadas en 1950. Estas Oficinas funcionan en La Guaira, Puerto Cabello, La Victoria y Upata.

G.—EL CONSEJO COMO ORGANISMO TECNICO CONSULTIVO

Cumpliendo las expresas disposiciones del Estatuto de Menores, que lo instituyen en la suprema autoridad técnica en todos los asuntos que son materia especial de nuestro ordenamiento sobre la materia, el Consejo atendió con la diligencia que cada caso demandó, las diversas consultas que le fueron hechas en relación con iniciativas o problemas relacionados con la infancia. Entre otras, se mencionan especialmente las siguientes:

1.—Informe para la Junta Militar de Gobierno sobre proyecto de una "Aldea para Niños Europeos en Venezuela".

Como consecuencia de las declaraciones formuladas por el Excelentísimo señor doctor José Herrera Uslar, Ministro de Venezuela en Suecia, Noruega y Dinamarca, publicado con fecha 6 de marzo en el "Berlingske Tidenden", Copenhague, la institución presentó a la Junta Militar de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela un memorándum contentivo de su opinión respecto a dicho proyecto, concretándola desde el punto de vista técnico, sociológico y económico.

2.—Consulta de la Gobernación del Estado Yaracuy.

Incluida dentro de los planes de trabajo del Estado Yaracuy la creación de un Internado Rural en San Felipe, fué solicitada la colabo-

ración de este Organismo tanto en relación con la clase de establecimiento que convenía fundar, como respecto a la construcción y características del edificio para dicho establecimiento. El Consejo, por intermedio de su Sala de Arquitectura e Ingeniería, proyectó el internado con capacidad para 180 plazas destinadas a niños normales sin trastornos de conducta. El estado se hizo cargo de los gastos de construcción, ejecutándose la obra por etapas, la primera de las cuales ya en proceso, comprende los servicios generales de cocina, almacenes, cava frigorífica, lavandería y habitaciones para el personal de estos servicios; comedor general de niños y comedor de maestros; club deportivo y cultural; biblioteca; habitaciones de maestros y vigilantes; sanitarios generales; enfermería y dormitorios con duchas y sanitarios para 60 niños. El internado podrá comenzar a funcionar una vez terminada esta primera etapa.

3.—Consulta de la Gobernación del Territorio Federal Delta Amacuro.

El Ejecutivo de este Territorio formuló una consulta acerca de la conveniencia de construir una Casa-Cuna en Tucupita. Como consecuencia de la misma, fué designado a fines de agosto un funcionario para que estudiara las condiciones del medio y las posibilidades de aplicación del proyecto propuesto por el citado Gobierno.

Ante tal circunstancia, y visto el informe del funcionario del Consejo Venezolano del Niño, este Organismo sugirió al Gobernador del Territorio Federal Delta Amacuro la conveniencia de cambiar la idea de la Casa-Cuna por la de un Internado Artesanal con un kindergarten anexo, por no corresponder aquel tipo de institución sino a los centros industriales de gran densidad de población.

Dadas las razones expuestas por el Consejo, el Gobernador del Territorio Federal Delta Amacuro aceptó las respectivas sugerencias, en atención a las cuales, este Organismo, a través de su sección de Arquitectura e Ingeniería, suministró las orientaciones técnicas del caso, para los efectos de planificación y construcción.

H.—PRESUPUESTO DEL CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO.

La situación financiera del Instituto merece comentario especial dentro de este informe, porque especial también es la misma desde el punto de vista de lo que presupuestalmente se le ha asignado para el ejercicio fiscal 1950-51, y de lo que en función de las necesidades nacionales en el campo de la asistencia al niño abandonado se requiere. En efecto, un somero análisis de las cifras que a continuación se presentan, calzará dentro de sus justas dimensiones el problema que la carencia de numerario significa no solo para la aplicación de nuevos planes de trabajo sino también para mejorar los servicios asistenciales existentes y para llevar la acción benefactora de éstos a otras regiones del país igualmente necesitadas:

ESPASMOS



GOTAS

PARATROPINA

ATROPINA SINTETICA ATOXICA



PRODUCTOS LAZAR C.A.

DISTRIBUIDORES: HIGIA C. A. — CARACAS

EDIFICIO MIJARES. — OFICINA 37. — CARACAS

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

VINCENTI

RUIBEPAR INSUFICIENCIA HEPATICA

ADRENOCALCIUM CLORURO DE CALCIO EN GOTAS

SALIDIURENE REUMATISMO

VITADOL VITAMINAS A Y D EN GOTAS

CRATECIL SEDANTE NERVIOSO

NATROCHOL DRENAJE BILIAR

SOLUNOVAR TOCAMIENTO

CYNAL COLAGOGO-ANTIANEMICO

HEPAFOLINA ANTIANEMICO

VITADOL VITAMINAS A Y D EN POMADA

GLUCOLIN RECALCIFICANTE

VITAMUCIL ESTREÑIMIENTO

ALIBURINA POMADA

PREPARADOS POR

C. VINCENTI

FARMACEUTICO

CALLE REAL DE QUEBRADA HONDA, 80-3

TELEFONO 56.363. APARTADO No. 1.355

CARACVS

Estimación de gastos para el período comprendido entre diciembre de 1950 y junio de 1951

I—Gastos de funcionamiento...	Bs. 5.915.586,95
II—Obligaciones contraídas por concepto de edificios en ejecución ...	" 445.588,14
III—Edificaciones tramitadas pero pendientes por la firma del respectivo contrato ...	" 63.745,88
IV—Obras proyectadas..	" 1.655.000,00
V—Dotación y gastos de funcionamiento de nuevos establecimientos ...	" 1.249.350,20
Total estimación egresos.....	Bs. 9.329.271,17

Ingresos durante el mismo período

I—Existencia en Banco al 1-12-50..	Bs. 622.128,27
II—7/12 partes del presupuesto vigente.	Bs. 4.783.333,10
Déficit probable al 30-6-5-....	Bs. 3.923.809,80

Las causas determinantes de la situación que plantean las cifras anteriores pueden concretarse así:

a) La asignación señalada al Consejo en el Presupuesto General de Rentas y Gastos Públicos para el año económico 1950-51 asciende a la cantidad de Bs. 8.200.000,—. Suma ésta que apenas ha alcanzado para cubrir las necesidades esenciales, lográndose a duras penas el funcionamiento de las unidades asistenciales existentes, pero sin permitir la ejecución del programa elaborado por la Junta Directiva que confeccionó el aludido presupuesto.

b) Existiendo un Crédito Adicional de Bs. 1.600.000,— otorgado al Consejo para la construcción de un Internado en Altigracia de Orituco y de dos Colonias Hogares en Ciudad Bolívar y Cumaná, la actual Junta Directiva se vió obligada a solicitar del Ejecutivo Federal la autorización para aplicar dicho crédito adicional con el fin de cubrir parcialmente el déficit confrontado y evitar así la paralización de las funciones del Consejo con gran perjuicio para la obra de protección que se realiza.

c) En la actualidad se gestiona ante el Ejecutivo Federal un Crédito Adicional especial para ser destinado al financiamiento de las obras decretadas en diciembre de 1949 y al sostenimiento de los nuevos establecimientos que comenzarán a funcionar en el curso del primer semestre de 1951; obras y establecimientos que, como se ha dicho antes, están en vías de ejecución de acuerdo con el programa de la anterior Junta Directiva (Casa-Cunas en Maturín, Barcelona y Barinas; Casa de Observación-Sección Niñas en Caracas; Grupo Escolar y Casas-Hogares en "Carmania").

d) El gasto real del Consejo Venezolano del Niño para el período 1950 - 51 es de Bs. 13.723.809,80; descontando los Bs. 8.200.000,— que figuran en el presupuesto de Rentas y Gastos Públicos, quedaría por cubrir el remanente de Bs. 3.923.809,80, esta partida, indispensablemente debe ser apropiada en su oportunidad conforme al procedimiento legal establecido, para que el Consejo pueda hacer frente a las necesidades inaplazables inherentes a su funcionamiento.

I.—OTRAS ACTIVIDADES.

Dentro de este Capítulo se considera interesante mencionar las gestiones realizadas en relación con la posibilidad de concretar la colaboración de los Gobiernos Estadales para el sostenimiento de unidades asistenciales y las encaminadas a lograr mayor economía en la adquisición de dotaciones para establecimientos.

1.—Convenios con Gobiernos Estadales.

Considerando que la acción asistencial del Consejo no debe proyectarse hacia los Estados, a expensa exclusiva de su presupuesto, sino que a la ampliación y perfeccionamiento de los servicios deben contribuir los respectivos Gobiernos Regionales, durante el año se concretaron los convenios siguientes:

- a) De acuerdo con el Ejecutivo del Estado Táchira fué proyectada la Unidad Casa-Cuna y Jardín de Infancia de La Grita, con capacidad para 120 niños. La construcción del edificio fué sacada a licitación pública por la Gobernación del Estado, la cual junto con la Municipalidad del Distrito, convino en financiar la ejecución de la obra, en tanto que el Consejo se comprometió a dotar y sostener el establecimiento.
- b) El Gobierno del Estado Apure convino en ceder la orientación y readaptación del Internado Rural "Fray Buenaventura Benaocaz" de Biruaca, al Consejo Venezolano del Niño previo un plan de reformas cuyo costo correría por partes iguales entre ambos organismos. En tal sentido se dispuso, como primer paso, la reconstrucción total del edificio, para lo cual aportó el Consejo, en virtud del convenio previo, la suma aproximada de Bs. 300.000,— recurso éste que no sólo habría de conducir a la pura reforma material, sino también a la ampliación de sus recursos anteriores, y así, actualmente, puede alojar un número de 120 menores internos, con todas las comodidades que modernamente se conciben para este tipo de establecimiento.

Respecto al mantenimiento funcional de este Instituto, el Ejecutivo del Estado Apure ha asignado la suma de Bs. 4.000,— corresponderá al Consejo sufragar la suma restante que se estima en Bs. 25.000,— mensualmente.

- c) Los Estados Monagas y Barinas se comprometieron a contribuir con el 50% de la suma de Bs. 5.200, destinada al sostenimiento de sendas Casa-Cunas, cada mes, en las respectivas ca-

pitales. La diferencia será cubierta con cargo al presupuesto del Consejo Venezolano del Niño.

En el sentido de ampliar la colaboración lograda se continuará trabajando con mayor ahínco ya que así se espera extender a otras regiones el radio de la acción protectora en el aspecto institucional, siquiera al límite mínimo indispensable.

2.—Dotación de Establecimientos

Propugnando en todo el concepto de rendimiento económico que debe regir sus inversiones, el Consejo Venezolano del Niño autorizó un egreso hasta por la cantidad de Bs. 206.005,85 destinada a la importación de artículos esenciales para sus establecimientos, vestuario para internos, material didáctico, equipo para dormitorios, lencería, etc., etc.

En esta forma fué posible dotar, a un costo esencialmente menor y sobre la base standard de dos uniformes por persona, a los internos de los establecimientos reeducativos, logrando con ello no sólo la mejor presentación de los mismos, sino también el correspondiente estímulo para mantener el nivel de conducta mínimo necesario para la conservación del orden y disciplina en el mismo susodicho aspecto.

Recomendaciones finales de la Asamblea General del Consejo Venezolano del Niño, extractadas del Informe, que de acuerdo con las disposiciones del Estatuto de Menores, este cuerpo debe rendir al Ejecutivo Federal. — (Ref.: Sesión celebrada el día 3 de marzo de 1951).

- 1.—El abandono de la infancia como problema social de insospechados alcances, debe encararse y tratarse con programas de trabajo integrados a base de la colaboración del Gobierno Nacional, de los Gobiernos Estadales y de las Municipalidades. Igualmente dichos programas de trabajo deben originarse de investigaciones bien planificadas cuya actualización debe mantenerse por medio de la observación permanente de los hechos.
- 2.—Institución del trabajo social de grupos, encaminado al conocimiento y mejoramiento de las concentraciones urbanas subdividiéndolas en zonas, censando los recursos de la comunidad y aplicando técnicas de trabajo colectivo similar a la acción sanitaria en la lucha contra la mortalidad infantil.
- 3.—Establecimiento del subsidio familiar como política de rehabilitación, robustecimiento y restauración, etc. de las familias proletarias.
- 4.—Creación en toda la República, en forma debidamente planificada, de Juzgados y Tribunales de Menores con el fin de poder facilitar el cumplimiento de las disposiciones pertinentes contenidas en el Estatuto de Menores.

- 5.—Asignación de los recursos presupuestales necesarios para que el Consejo pueda cumplir su programa asistencial dentro de la eficiencia requerida.
- 6.—Insistir con los gobiernos regionales en el sentido de que, en los respectivos presupuestos reserven partidas prudenciales destinadas a la asistencia de la infancia abandonada, en el bien entendido de que los planes para su aplicación sean debidamente estudiados y coordinados por el Consejo Venezolano del Niño.

En nombre de la Asamblea del Consejo Venezolano del Niño, tengo el honor de dejar enumeradas las principales actividades realizadas por la Institución durante el año 1956, y de enunciar a grandes rasgos los principios doctrinarios que orientan su política de trabajo en el campo de la protección y asistencia a la infancia abandonada.



Dr. Gustavo H. Machado,
Fundador y primer director del Hospital Municipal de Niños "J. M.
de Los Ríos" y "Director Honorario" del mismo hospital. (Ver
Crónicas y Notas, pág. 157).



CRONICAS Y NOTAS

DATOS HISTORICOS SOBRE EL HOSPITAL MUNICIPAL DE NIÑOS "J. M. DE LOS RIOS" Y EL NUEVO HOSPITAL DE NIÑOS DE CARACAS.

Se inauguró en diciembre de 1936, y fué puesto a funcionar en el mes de febrero de 1937, bajo la dirección del Dr. Gustavo H. Machado. Contaba de tres servicios de pediatría general; uno de cirugía, y como especialidades, oftalmología, otorrinolaringología, laboratorio, rayos X, y consulta externa. Capacidad aproximada, ciento cincuenta cunas. Contaba con los servicios de diez y nueve Médicos y un año después admitió estudiantes de medicina con cargo de asistentes y más tarde de internos.

El año 1937 se fundó la Escuela Municipal de Enfermeras con sede en el Hospital contribuyendo así al mejoramiento de la asistencia del niño hospitalizado.

Cabe reseñar la labor rendida por el Hospital como el único centro que durante catorce años se ha ocupado de la asistencia integral del niño enfermo del Distrito Federal. Hasta el mes de febrero de 1951 habían ingresado 26.063 niños, y durante el último año ha habido 67.329, consultas, 37.958, exámenes de laboratorio y han egresado del Hospital 1.103 niños curados.

La organización actual del Hospital permite ofrecer los siguientes servicios: cinco de pediatría general, uno de aislamiento, dos de cirugía; oftalmología, otorrinolaringología, odontología, ortopedia, dermatología, urología, neurocirugía, fisioterapia, rayos X, kinesiología, cardiología, vías respiratorias, dietética, laboratorio, anatomía patológica, farmacia y banco de sangre, los cuales son atendidos por sesenta y dos médicos y ciento dos enfermeras. Cuenta además con un servicio social, una psicóloga y una maestra para instrucción y recreación de los niños.

El presupuesto actual del Hospital es de Bs. 2.027.615,40 anuales. En el campo de la docencia ha sido la sede principal de la Escuela Venezolana de Pediatría y en él se capacitaron los primeros médicos pediatras de la naciente escuela; más tarde ha tenido en él su asiento la Cátedra de Clínica Pediátrica que imparte la enseñanza regular a los estudiantes de 6º año de Medicina.

Hace dos años es el centro de entrenamiento del Curso de Post-Grado en Pediatría y siempre lo ha sido de los diversos cursillos de capacitación que ha hecho la División Materno Infantil del S. A. S.

En su seno se han realizado el 1º Congreso Venezolano del Niño; las Primeras Jornadas de Puericultura y Pediatría; la fundación de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

Está dotado el Hospital de un Instituto de Investigación Pediátrica con el propósito de contribuir al estudio de los problemas pediátricos nacionales.

Se ha consagrado este Hospital a la grata memoria del eminente maestro José Manuel de Los Ríos quien fundara los estudios de Pediatría en Venezuela y la primera revista que se ocupara del niño enfermo en la América Latina.

Cumpliendo su misión en el campo que reseñamos deja su puesto al Hospital que acaba de decretarse, el cual llenará una necesidad en el campo asistencial de la comunidad caraqueña.

Para conmemorar dignamente su décimo cuarto aniversario, la Junta de Beneficencia del Distrito Federal elaboró un programa el cual por su trascendencia, y por la índole de su contenido merece que lo destaquemos.

La apertura del acto estuvo a cargo del Dr. Leopoldo Manrique Terrero, Inspector Presidente de la Junta de Beneficencia del Distrito Federal, quien con palabras llenas de justicia exaltó la obra que ha venido cumpliendo la Institución a través de sus años de existencia, y como un homenaje a los trabajadores que han venido rindiendo una larga jornada en favor del niño se leyó el Decreto emanado del Ejecutivo del Distrito Federal por medio del cual se procede al estudio, y por ende a la construcción del nuevo Hospital de Niños de la ciudad de Caracas.

El Director del Hospital Municipal "J. M. de Los Ríos", Dr. E. Santos Mendoza, hizo una relación cronológica de la vida del Hospital, para en esta forma exaltar los méritos tanto de su Director fundador, como de los diversos médicos que han venido prestando sus servicios, destacando la labor científica realizada dentro de sus salas, y que como testimonio evidente se encuentra concreta en los cuatro tomos que forman las memorias de las Primeras Jornadas de Puericultura y Pediatría, en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, en las memorias del 1º Congreso Venezolano del Niño y del IX Congreso Panamericano del Niño y en las diversas monografías que en número de más de 100 constituyen el acervo de la Escuela Pediátrica Venezolana. Fué halagador que para el momento de tal celebración se galardonara con los premios más valiosos de los Concursos Médicos Nacionales los trabajos realizados en el Hospital de Niños por el Servicio de Cardiología del Profesor Carlos Gil Yépez, (miocarditis parásito carenciales) y un trabajo sobre sífilis congénita de los Dres. Oropeza, Figueroa, Vizcarrondo, etc.

El Dr. Gustavo H. Machado, médico fundador y primer Director del Hospital de Niños, en tan memorable ocasión, recibió como premio a su labor de destacado hombre de ciencia, el honor de haber sido desig-

nado por el Ejecutivo del Distrito Federal, "Director Honorario" del Hospital Municipal "J. M. de Los Ríos", hecho que se realiza por primera vez en los anales de la vida hospitalaria nacional.

Quiso igualmente la Junta de Beneficencia y la Dirección del Hospital de Niños conmemorar el décimo cuarto aniversario de la fundación del Hospital concediendo diplomas de honor a aquellos servidores que exceden de los diez años de servicios: Profesores Dres. Pastor Oropeza, Ernesto Vizcarrondo y Fernando Rubén Coronil, Dres. Lya Imber de Coronil, Arnaldo González Celis, y Luis E. Navarro, Sra. Sofía de Medina y Sr. Ramón M. Olivares.

Igualmente se impuso Diplomas Conmemorativos de médicos fundadores a los Profesores: Pedro González Rincones, P. Blanco Gásperi, M. Pérez Carreño, Pablo Izaguirre y Dres. Julio Murzi D' Alta, G. Hernández Zozaya, Luis E. Gámez, Humberto Arroyo Parejo, C. Camejo Troncos, Julio García Álvarez, Francisco Ramírez, A. Gutiérrez Solís, P. González Vera, R. Silveira y Sra. Paulita de Sanoja.

A continuación publicamos las palabras de clausura pronunciadas por nuestro Director Dr. Pastor Oropeza.

Ciudadano Presidente del Consejo Municipal de Caracas. Ciudadano Rector de la Universidad Central de Venezuela. Ciudadano Presidente de la Junta de Beneficencia del Distrito Federal. Señoras y Señores.

Para este acto conmemorativo, de los 14 años de existencia del Hospital Municipal de Niños "J. M. de Los Ríos", debía llevar la palabra el Dr. Gustavo H. Machado. Quebrantos bruscos en su salud le impidieron cumplir el cometido y en virtud de ser yo el de mayor antigüedad en servicio médico de este Hospital he sido llamado a reemplazarlo. Tal suplencia significa para mí, deber y honra. Deber para con el amigo, colega y compañero de luchas. Honra porque vengo a ocupar el sitio, de quien estructurara en un esfuerzo desinteresado y eficiente la organización de este Instituto. De ahí que nada más justiciero y por ello vaya nuestro aplauso a la designación que se ha hecho del Dr. Machado como Director Honorario de este Hospital.

Permitidme, ahora, señores, evocar y nombrar con respecto y gratitud a los dos hombres que en 1936 trabajaron para que fuera realidad aquello que empezó a andar en 1937. El General Elbano Mibelli es uno. Ya muerto y apagada de un todo su actividad política, tengamos para su memoria el mejor de los recuerdos y en cuanto al otro, aquí está presente y todavía es mucho lo que se puede derivar de su experiencia y honestidad en administración pública. Me refiero al Dr. J. García Álvarez para aquel entonces, Inspector de Hospitales. Testigo como fui de su afán tesonero y de la simpatía y cariño que puso en el empeño creador, es natural que así lo atestigüe y proclame.

Un hospital moderno no es un organismo estático. Tiene mucho de la dinámica de un ser vivo, ya que a ellos y al más noble de todos ampara y cobija. Nace por necesidad biológica hijo del dolor y vencedor de la muerte. Debe trabajar como nadie por la salud, el mejor de los bienes terrenos y hasta en sus múltiples funciones diversas se especializa. Se multiplica, ya que siendo aula mater, germina aquí y allá en sus técnicas y procedimientos. A tal proceso no ha escapado este Hospital. A pesar de su etiqueta y administración municipal le cabría más bien el título de hospital nacional. No solo sirvió y sirve con creces al niño caraqueño, sino que también es y fué útil para resolver el problema de la enfermedad de todos los niños venezolanos. Aquí vinieron y vienen todos sin distingos de razas, religión o situación económica. Aquí dentro de sus alas estrechas e incómodas, aprendieron el oficio de Pediatría los médicos que ejercen hoy esta profesión en Venezuela. Cuando abrió sus puertas en 1937 eran apenas tres los que conocíamos esta disciplina científica y ella aprendida en otras latitudes. Todo el personal de enfermeras era extranjero. Ya nuestras enfermeras son nuestras y la gran cantidad de pediatras que lo asisten aquí nacieron y de aquí también salieron los que en tierra adentro trabajan por el ideal común: la mejora de la suerte del niño venezolano.

No es propicio el momento para analizar sus defectos que están a la vista. Nació para atender a la "ciudad de los techos rojos" y no a la metrópoli de hoy. Fuerza es pues, que cambiemos de actitud. Reformarse es vivir, afirmó hace siglos y con sobra de razón Leonardo de Vinci. Nos mudaremos. Saquemos de aquí lo mejor de nuestro espíritu. Sepamos extraer enseñanza de aquel triunfar de Pativilca, que debe ser siempre el lema de los venezolanos. Procuremos ahogar esa ansia de lucro, pibote de la actividad del venezolano de hoy. Cecilio Acosta, dentro de la mayor pobreza afirmó las excelencias del espíritu.

Esa fuerza del ideal y la disciplina en el trabajo creador deben ser nuestra meta. El trabajo, sí, no mirado como maldición bíblica, ni como la rutina de la máquina de hoy. El trabajador creador, lleno del amor a los semejantes, alumbrado por la investigación, empujado por un ansia permanente de perfeccionamiento.

INAUGURACION DE LA COLONIA HOGAR "CARMANIA"

El 5 de Agosto de 1951 la Junta de Gobierno de los Estados Unidos de Venezuela inauguró la Colonia Hogar Carmania, instituto del Consejo Venezolano del Niño.

El sitio de Carmania está inmediato a la población trujillana de Mendoza Fria enclavado en las montañas, a ocho kilómetros de Valera. La casa histórica fué propiedad del Pbro. Francisco Antonio Rosario, prócer de la Independencia. El sitio fué visitado por el Libertador en



Colonia Hogar Carmanita - Edo. Trujillo - Consejo Venezolano del Niño.



dos oportunidades. La casa ha sido reconstruida por el gobierno del Estado Trujillo y en ella el Consejo Venezolano del Niño instalará un museo histórico.

La Colonia Hogar consta de cuatro Casas-Hogares con capacidad para doscientos niños aproximadamente y de un Grupo Escolar con seis aulas para trescientos alumnos; dispone además de dependencias administrativas técnicas y de servicios generales. El personal técnico de veinticinco personas tiene la responsabilidad asistencial y educativa de la colonia.

Uno de los objetivos centrales que se persiguen con esta nueva institución, consiste en orientar a los alumnos y canalizar su vocación hacia el trabajo agrícola y manual, aparte de educarlos integralmente. La zona de Carmania ofrece todas las facilidades para el funcionamiento de una escuela práctica de agricultura.

Carmania no será una institución cerrada y en ella se buscará la recuperación social de los menores para convertirlos en ciudadanos útiles y bien adaptados al medio.

La propiedad cubre 160.000 metros cuadrados de los cuales 63.000 metros cuadrados de construcción y dependencias. Posteriormente se construirán campos de deportes, piscinas y zonas para agricultura y zootecnia. El costo aproximado de la obra se eleva a Bs. 1.700.000 sufragado por el Consejo Venezolano del Niño y el Gobierno del Estado Trujillo.

El acto de inauguración constituyó una nota de esperanza para el porvenir del niño abandonado. Se inició el acto con un desfile de 500 niños provenientes de varios institutos del Consejo Venezolano del Niño quienes marcharon con precisión militar ante el balcón ocupado por la Junta de Gobierno. Siguió la bendición episcopal de la obra; luego, en el teatro del grupo escolar los niños y niñas de varias instituciones del Consejo presentaron un acto artístico cultural, que fué muy aplaudido por la gran concurrencia que llenaba la sala. Terminó dicho acto con un discurso pronunciado por el Dr. E. Santos Mendoza, Presidente del Consejo Venezolano del Niño en el que recalcó la necesidad del continuo apoyo del gobierno en el programa que lleva a cabo el Consejo Venezolano del Niño en beneficio del niño abandonado.

PROMOCION PASTOR OROPEZA

Los integrantes del curso de Medicina egresados este año de nuestra Universidad Central decidieron por unanimidad darle a su promoción el nombre de PASTOR OROPEZA como reconocimiento más a la enorme y meritoria labor desarrollada por éste en los campos de la ciencia, la sanidad y la asistencia de nuestro niño.

Los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría se complacen en felicitar a su Director Profesor Dr. Pastor Oropeza por el merecido homenaje de que ha sido objeto así como a los integrantes de dicha Promoción, deseándoles toda clase de éxitos el ejercicio de la profesión que pronto empezarán a desempeñar.

Que el nombre de Pastor Oropeza sea para ellos ejemplo vivo de moral y de lo que puede una voluntad bien intencionada al servicio de la Patria.

AGASAJO

El sábado 21 de julio en el Instituto Nacional de Puericultura el Profesor Dr. Pastor Oropeza obsequió con una copa de champagne a los integrantes de la promoción Médica que llevará su nombre. Allí el Dr. Oropeza departió con todos y con cada uno de los agasajados transcurriendo el tiempo en medio de una muy grata camaradería.

PESAME

El domingo 15 de julio dejó de existir en esta ciudad la Sra. Doña Herminia Moncada de Barrera madre del distinguido pediatra Dr. Gabriel Barrera Moncada. Los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría hacen llegar hasta su querido amigo el Dr. Barrera su palabra de condolencia.

IIIº CONGRESO SUDAMERICANO DE PEDIATRIA

Montevideo — Uruguay.
2-8 de diciembre de 1951.

CIRCULAR No. 6

Montevideo, 25 de junio de 1951.

Prosigue activamente la organización de este Congreso, a cargo del Comité Ejecutivo de la Confederación (Comisión Directiva de la entidad organizadora: SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA).

Fecha de realización: ha sido modificada la primitiva fecha (2-5 diciembre 1951), de que se dió cuenta en la Circular No. 5, con el objeto de facilitar la realización del Congreso Panamericano de Pediatría, que debe realizarse simultáneamente. Con el objeto de que los que concurren a éste puedan participar también del Sudamericano y viceversa, se ha resuelto que ambos tengan lugar del 2 al 8 de diciembre, realizándose sesiones alternadas, del 3 a 7; el acto inaugural, —común a ambos Congresos— se efectuará el domingo 2, por la mañana y el de clausura, —también común—, el sábado 8, en Punta del Este, la famosa playa uruguaya.

Reglamento del Congreso: éste ha sido redactado estableciéndose entre otras disposiciones que habrá **Miembros Titulares**, que serán los que pertenezcan a las Sociedades confederadas; **Miembros Participantes**, los que no estén en esas condiciones y también los no nativos de naciones americanas que lo soliciten al Comité Ejecutivo; y **Miembro Adherentes**, los familiares de los de ambas categorías anteriores (2 como máximo, para cada uno).

Los Miembros Titulares pagarán una cuota de inscripción de \$ 20. uruguayos; los Participantes de \$ 25.— y los Adherentes, la mitad de cada una de las anteriores, por persona.

División del Congreso: habrá 4 seccionales: Medicina, Cirugía, Medicina social y Enseñanza, y Diversas.

Sesiones: las habrá plenarias, de secciones y de Mesa redonda.

Relatos oficiales: serán los que han sido anunciados ya en la Circulación No. 5. Los Relatores tendrán cada uno, 20 minutos para exponerlos, en lugar de los 30 que se habían fijado anteriormente y como medio de permitir la consideración de todos ellos, incluyéndose en aquel plazo la exhibición del material gráfico. En las discusiones —para participar en las cuales habrá que inscribirse previamente antes del comienzo de la sesión— no podrá hablarse más de 5 minutos, teniendo el Relator, 10 para contestar al final.

Comunicaciones Libres: habrá sesiones para Comunicaciones Libres, con 10 minutos de tiempo para su exposición. Los autores deberán solicitar su inscripción previamente, hasta 30 días antes del comienzo del Congreso y por intermedio de una Sociedad confederada para los autores sudamericanos y de una Sociedad nacional para los autores no sudamericanos. No se admitirá la lectura de aquellas cuyos autores no se hallen presentes. Estas comunicaciones no serán discutidas.

Extensión de los trabajos: los Relatos oficiales no podrán tener una mayor de 10 páginas tamaño carta, de 60 letras por línea e interlineado de dos espacios; llevará un resumen de no más de 300 palabras. Deberán ser entregados a la Secretaría del Congreso, antes del 30 de setiembre de 1951. Las Comunicaciones Libres no serán de más de 3 páginas análogas y traerán un resumen no mayor de 100 palabras.

TEMAS OFICIALES

1—CARDIOPATIAS CONGENITAS:

A.—**Diagnóstico** — Relator: Dr. Augusto Mizpireta D. (Sociedad Peruana de Pediatría).

B.—**Cardiopatías congénitas susceptibles de tratamiento quirúrgico.** Relatores: Dr. Rodolfo Kreutzer y colaboradores (Sociedad Argentina de Pediatría).

- 2—**PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO** (*Contribución anatómo-patológica*). — Relatoras: Dras. Anadil Roseli Cavalcanti, Aparecida Gómez Pinto García y Mina Chalfin. (Sociedad Brasileira de Pediatría).
- 3—**ANTIBIOTICOS EN LAS AFECCIONES GASTROINTESTINALES DEL LACTANTE**.— Relator: Prof. Dr. Arturo Scroggie V. (Sociedad Chilena de Pediatría).
- 4—**A—ORGANIZACION DE LOS CENTROS DE PROTECCION MATERNO-INFANTIL** — Relator: Dr. Francisco Torres Bracamonte (Sociedad Boliviana de Pediatría).
B—ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA CAMPAÑA DE PROTECCION A LA INFANCIA EN VENEZUELA. — Relator: Prof. Dr. Pastor Oropeza (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría).
- 5—**DUODENITIS Y ULCERA DEL DUODENO EN EL NIÑO.** — Relatores Prof. Dr. Euclides Peluffo, Dr. Héctor C. Bazzano y Dr. Gilberto Martínez Prado (Sociedad Uruguaya de Pediatría).

COMUNICACIONES LIBRES

Deberán ser inscriptas antes del 31 de octubre próximo, por intermedio de las Sociedades nacionales, para los de otros países.

Las Comisiones Directivas de las Sociedades confederadas deberán ir preocupándose:

- 1) de la Sociedad que ha de organizar el IVº Congreso;
- 2) de los temas que habrán de integrar el temario de éste, para lo cual, cada una ha de proponer al próximo Congreso, hasta dos temas, lo que deberán hacer antes del 31 de agosto próximo.

III CONGRESO DE LA ALIANZA PANAMERICANA DE DOCTORAS EN MEDICINA.

Simultáneamente con los Congresos de Pediatría de Montevideo tendrá lugar este otro, que se realiza por tercera vez, habiéndose efectuado el primero, en México, D. F. y el segundo, en Los Angeles. Preside el Comité Organizador, la profesora Dra. María L. Saldún de Rodríguez. Por informes, dirigirse a ésta, Francisco Araújo 1287, Montevideo (Uruguay).

Dr. CONRADO PELFORT
Presidente

Dr. JOSE M. PORTILLO
Secretario

1-2

CONGRESOS DE PEDIATRIA DE MONTEVIDEO (URUGUAY)

III° CONGRESO PANAMERICANO DE PEDIATRIA

III° CONGRESO SUDAMERICANO DE PEDIATRIA

2-8 diciembre 1951

COMITE COORDINADOR

Secretaría: Av. 18 de Julio 1246

BOLETIN No. 2

Debiendo realizarse simultáneamente estos dos Congresos, se ha constituido un COMITE COORDINADOR, el que ha quedado integrado de la siguiente manera:

Presidente:	Dr. Conrado Pelfort
Vice-Presidente:	Dr. Julio A. Bauza
Secretarios:	Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez
	Dr. José Obes Polleri
Pro-Secretarios:	Dr. Rubén Gorlero Bacigalupi
	Dr. Carlos A. Bauza
Tesoreros:	Dr. Héctor C. Bazzano
	Dr. Victor Scolpini
Vocales:	Dr. Euclides Peluffo
	Dr. Alfredo U. Ramón Guerra.

Dado los inconvenientes que podrían derivarse de realizar un Congreso después del otro, lo que obligaría a dos actos de inauguración y de clausura y entendiéndose que sería beneficioso para los que concurrían en esa oportunidad a Montevideo, el participar de ambos Congresos, los Comités Organizadores del III° CONGRESO PANAMERICANO y del III° CONGRESO SUDAMERICANO DE PEDIATRIA han resuelto que el funcionamiento de ellos se haga simultáneamente entre el 2 y el 8 de diciembre de 1951.

El **Acto Inaugural** tendrá lugar el **domingo 2**, iniciándose las sesiones científicas, el **lunes 3** y prolongándose hasta el **viernes 7**. La sesión de clausura de ambos Congresos se efectuaría en la magnífica localidad de **Punta del Este**, cuyo renombre, por sus playas, ha conquistado reputación universal.

Han sido aprobados los **Reglamentos de los Congresos**, los que pronto serán distribuidos.

Se establecen cuatro categorías de **Miembros**: de Honor, Titulares, Participantes y Adherentes.

Los **Miembros de Honor** serán designados por el Comité Coordinador.

Los **Miembros Titulares** serán los que pertenezcan a las Ramas nacionales que integran la División Iatino-América de la "American Aca.

demy of Pediatrics", para el Congreso Panamericano; y a las Sociedades de Pediatría que forman la "Confederación Sudamericana de Sociedades de Pediatría", para el Sudamericano. Pagarán una cuota de inscripción, de \$ 20.— uruguayos; podrán intervenir en todos los actos del Congreso y usarán el derecho de voto cuando corresponda.

Miembros Participantes podrán ser los médicos de todos los países, que no integren ni las Ramas nacionales, ni las Sociedades de Pediatría de las instituciones organizadoras de los Congresos; deberán solicitarlo al Comité Coordinador y ser aceptados por éste; pagarán una cuota de inscripción, de \$ 25.— uruguayos. Podrán intervenir en todos los actos, salvo en los de gobierno y no tendrán derecho al voto.

Miembros Adherentes serán las personas emparentadas con los Miembros Titulares y Participantes (dos como máximo por cada uno) y los estudiantes de Medicina que acrediten su calidad de tales con certificados oficiales de las Facultades respectivas. Pagarán una cuota de inscripción que será la mitad de la fijada para aquéllos.

SESIONES DE LOS CONGRESOS

Fuera del Acto inaugural de los Congresos, habrá sesiones plenarias y de secciones.

En las sesiones plenarias de apertura, cada una de las instituciones organizadoras oírán a sus dirigentes dar cuenta de los trabajos realizados. En las de clausura se votarán las conclusiones, se elegirá la sede del siguiente Congreso, así como el temario y se adoptarán otras resoluciones. Podrán tratarse en sesiones plenarias los temas científicos.

También se realizarán sesiones de **Mesa Redonda**, en las que se tratarán temas elegidos previamente y otros para los que se solicite ese tipo de sesión.

En las sesiones científicas, —plenarias y de secciones—, sólo podrán presentar trabajos los Relatores oficiales, los que dispondrán de 20 minutos de tiempo para hacerlo. En las discusiones de los mismos nadie podrá intervenir más de una vez y por un tiempo máximo de 5 minutos. El Relator dispondrá de 10 minutos, al final, para contestar a todos.

Habrán también sesiones para tratar **Comunicaciones Libres**, en las que cada autor no podrá disponer sino de 10 minutos para su exposición. No podrá realizarse discusión.

SECCIONES DE LOS CONGRESOS

Los Congresos se dividirán en 4 Secciones: **Medicina, Cirugía, Medicina Social y Enseñanza, y Diversas.**

Los Presidentes de las sesiones serán designados por la Mesa del Comité Organizador de cada Congreso, previamente a su realización.

TRABAJOS

Los Relatos oficiales podrán tener una extensión máxima de 10 páginas, formato carta, escritos a máquina, con 60 letras por línea e interlineado de dos espacios. Se procurará realizar en ellos una puesta al día del tema, su estado actual, las investigaciones recientes, prescindiéndose de historia y bibliografía que no sean de actualidad. Deberán ser entregados a la Secretaría de los Congresos, antes del 30 de setiembre próximo, para su publicación, si fuera posible. Deberán estar redactados en uno de los idiomas oficiales de los Congresos (español, portugués, inglés o francés, para el Panamericano y español o portugués, para el Sudamericano) y tendrán que ser acompañados por un resumen de una extensión de 300 palabras, como máximo.

Las Comunicaciones Libres también deberán ser redactadas en uno de los idiomas oficiales; no podrán tener una extensión mayor de 3 páginas formato carta, escritas a máquina, con no más de 60 letras por línea y dos espacios de interlineado. Deberán ser inscriptas en la Secretaría de los Congresos, por intermedio de los Directores de las Ramas nacionales, para el Panamericano y de la Comisión Directiva de las Sociedades afiliadas a la Confederación, para el Sudamericano. Deberán traer también, un resumen que no exceda de 100 palabras. Sólo se admitirá la lectura de aquéllas cuyos autores se hallen presentes en la sesión.

SEDE DEL CONGRESO

El Comité Coordinador ha solicitado al Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Montevideo, autorización para realizar los Congresos en la magnífica sede del Hospital de Clínicas, la que le ha sido concedida. Ellos tendrán, así, el digno marco que se merecen y los que asistan tendrán la oportunidad de conocer aquel moderno nosocomio.

EXPOSICIONES

Se realizarán, como ya fuera anunciado en el Boletín anterior, exposiciones: científica, artística e industrial.

ACTOS SOCIALES Y EXCURSIONES

Durante el desarrollo de los Congresos se realizarán diversos actos sociales, tales como conciertos sinfónicos, espectáculos de ballet, de cantos y bailes nativistas, almuerzo criollo, banquete oficial, carreras de caballos, partidos de foot-ball, torneos de rumny canastas, excursiones a las playas del Este y al interior del país. Finalmente, se ha organizado una excursión de dos días, al término de los Congresos, a la magnífica localidad de Punta del Este, célebre por sus playas.

AGENTES DE VIAJES

Ha sido designada agente oficial para la organización del traslado de los que deseen asistir a los Congresos, THE AMERICAN EXPRESS COMPANY, Inc., 65 Broadway, Nueva York 6, N. Y., EE. UU., incluyendo giras pre y post Congresos, que puedan ser planeadas y ejecutadas en una fecha posterior. Por consiguiente, a ella y sus agentes en los distintos países deberán dirigirse quienes se hallen interesados en concurrir a Montevideo, en la oportunidad de la realización de los Congresos de Pediatría.

INFORMACIONES

Todas las que se refieran a la organización y desarrollo de los Congresos podrán ser solicitadas a las Secretarías de los mismos, Av. 18 de Julio 1246, Montevideo (Uruguay).

III CONGRESO DE LA ALIANZA PANAMERICANA DE DOCTORAS EN MEDICINA

Simultáneamente con los Congresos de Pediatría de Montevideo tendrá lugar este otro, que se realiza por tercera vez, habiéndose efectuado el primero, en México, D. F. y el segundo, en Los Angeles. Preside el Comité Organizador, la profesora Dra. María L. Saldún de Rodríguez. Por informes, dirigirse a ésta, Francisco Araúcho 1287, Montevideo (Uruguay).

Dr. CONRADO PELFORT
Presidente

Dr. JOSE M. PORTILLO
Secretario

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
Segundas Jornadas Pediátricas Argentinas
Con la participación de las Sociedades Uruguaya y
Chilena de Pediatría.

I

Considerando que la correcta alimentación del niño es fundamental para la prevención de los estados distróficos:

LAS SEGUNDAS JORNADAS PEDIATRICAS ARGENTINAS Formulan los siguientes Votos:

- 1°—Que no obstante los adelantos de la técnica moderna en dietología, se estima que no se ha logrado ningún alimento capaz de sustituir al natural. Es aspiración que se propenda al mantenimiento de este modo de alimentación como la mejor manera de evitar los estados distróficos del lactante.

LACTÓGENO



Para los *niños sanos*, durante todo el primer año de vida, como complemento o substitutivo de la leche materna. Para los *niños débiles o enfermos* ofrece la ventaja de poder suministrar un mayor aporte calórico, sin aumento en el volumen del alimento o dificultad en su digestión.



Contenido de lípidos igual al de la leche entera.

Disminución de la proporción de prótidos.

Aumento en el tenor de glúcidos.

LACTÓGENO

ANÁLISIS	« Lactógeno » en polvo	Diluido en 7 partes de agua
Materia grasa....	23,0%	3,12%
Materias proteicas	16,2%	2,03%
Lactosa	53,3%	6,66%
Sales minerales ..	3,5%	0,44%
Agua	2,0%	87,75%
Calorías por 100 grs	517	65

Leche en polvo modificada en tal forma que sus elementos esenciales (grasa, proteínas, lactosa) figuran en proporciones muy semejantes a las de la leche de mujer.

INDICACIONES. Para los *niños sanos*, desde los primeros días, como complemento o substitutivo de la leche materna.

Para los *niños débiles o enfermos* que requieran un gran aporte calórico o manifiesten intolerancia para la leche común de vaca.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL. Solubilidad y digestibilidad excelentes, gracias al método de elaboración (pulverización instantánea en una corriente de aire caliente, sistema Spray).

MODO DE EMPLEO. Para preparar una leche a punto de ser consumida, basta con disolver la cantidad de « Lactógeno » que sea necesaria, en la correspondiente de agua hervida no muy caliente, batiendo fuertemente con un tenedor o batidor.

TABLA DE ALIMENTACIÓN

Edad del niño	Para cada comida			Número de comidas en 24 horas
	« Lactógeno » grs.	Agua hervida en grs. o cc.	en onzas	
1ª semana	10	70	2 1/8	6
2ª »	10	70	2 1/8	6
3ª »	12 1/8	80	2 3/8	6
4ª »	12 1/8	80	2 3/8	6
2º mes	15	100	3 1/8	6
3er »	20	130	4 1/8	5
4º »	22 1/8	150	5	5
5º »	25	160	5 1/8	5
6º »	27 1/8	180	6	5
7º »	27 1/8	180	6	5
8º »	30	200	6 3/8	5
9º »	30	200	6 3/8	5
10º »	32 1/8	210	7	5
11º »	32 1/8	210	7	5
12º »	35	230	7 3/8	5
Después del 12º mes	45	300	10	4

1 medida rasa = 5 grs. (1/8 oz.) de « Lactógeno » ó
10 grs. o cc. (1/2 oz.) de agua hervida.



- 2°—Para la alimentación artificial del niño, se aconseja incrementar la producción de leche de vaca de óptima calidad y que llegue al hogar en buenas condiciones higiénicas.
- 3°—Para aquellas regiones del país que carecen del producto natural, y considerando que por sus condiciones de calidad y conservación las leches en polvo permiten la correcta alimentación del niño, se recomienda que el Estado fomente y facilite su fabricación a bajo costo.

II

Considerando que el problema del niño distrófico no es solamente de carácter médico, sino también higiénico, educativo, social y económico,

LAS SEGUNDAS JORNADAS PEDIÁTRICAS ARGENTINAS formulan los siguientes Votos:

- 1°—Recomendar que todas las Instituciones de protección y asistencia al niño posean un Servicio Social bien organizado, con personal técnico suficiente e idóneo y dotado de los recursos necesarios para que pueda cumplir su misión en forma efectiva.
- 2°—Que se difunda en todos los núcleos de población los principios generales de puericultura como parte integrante de una campaña de "educación sanitaria".
- 3°—Solicitar de las autoridades correspondientes se implante como formando parte del plan de estudios en los establecimientos de educación secundaria para mujeres, la enseñanza de la puericultura.
- 4°—Propender al bienestar del niño mediante medidas de orden económico, social y cultural que protejan a la familia considerada como núcleo fundamental de la sociedad.
- 5°—Promover, como manera de elevar las condiciones bio-sociales de la población del interior del país que se reflejarán favorablemente en la salud integral del niño, el resurgimiento y mejoramiento de la vida rural.

III

Considerando que la atención del niño distrófico plantea problemas de carácter médico en sus aspectos profiláctico y curativo,

LAS SEGUNDAS JORNADAS PEDIÁTRICAS ARGENTINAS formulan los siguientes Votos:

- 1°—Recomendar la necesidad de desplegar en todo el territorio de la República, una red de unidades asistenciales que tengan co-

mo principal actividad la protección materno-infantil y desde las cuales sea posible asegurar en cada medio la asistencia precoz e integral del niño.

- 2°—Que en los casos en que sea posible, la atención del niño distrofico debe hacerse en su propio hogar o mediante el sistema denominado "Colocación Familiar".
- 3°—Considerando que la hospitalización prolongada es un evidente factor distrofiante, se recomienda como de utilidad, la creación de "Centros de Convalecencia" con el fin de acortar la estada de los niños en los servicios hospitalarios.
- 4°—Recomendar el perfeccionamiento de la asistencia en los consultorios externos como un medio eficaz de prevenir las distrofias y reducir la necesidad de hospitalización.

Mendoza, abril 26 de 1951.

CONCURSO CIENTIFICO 1951 - 52. Real Academia de Medicina (Sevilla).

Para contribuir esta Real Corporación al fomento de las Ciencias Médicas, como marcan sus Estatutos en el apartado primero del Artículo 4° y con arreglo al apartado b) del Artículo 5°, esta Academia abre un CONCURSO CIENTIFICO en las siguientes condiciones:

- 1°—Se concederá un premio de CINCO MIL PESETAS (ofrecido por la Dirección General de Relaciones Culturales) y título de Académico Corresponsal, al autor del mejor trabajo monográfico sobre un tema de **Medicina, Farmacia o Veterinaria**, editado en lengua castellana e impreso entre 1° de Enero de 1950 y 30 de Junio de 1951.
- 2°—Se concederá un premio de TRES MIL PESETAS (ofrecidas por la Excelentísima Diputación Provincial de Sevilla) y título de Académico Corresponsal, al autor del mejor trabajo presentado sobre **La Fiebre de Malta en Sevilla y su Provincia**.

El Jurado calificador estará constituido por la Junta de Gobierno de la Academia, asesorada por aquellos Académicos Numerarios que por su especialización se considere de interés conocer su juicio, con arreglo a las siguientes BASES:

- 1°—Los aspirantes al premio primero deberán enviar un ejemplar de su trabajo a la Secretaría de esta Real Academia antes de 1° de Octubre de 1951, acompañado de una carta en que figure su nombre, profesión, fecha del título profesional y domicilio.
- 2°—El premio no podrá dividirse. La Junta de Gobierno podrá, además, conceder accésit, consistente en el título de Académico

Corresponsal a aquellos trabajos que crea merecedores de esta distinción.

3°—Podrán concursar a este primer premio todos los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios españoles o de cualquiera de los países Hispano-americanos de habla española.

4°—Los aspirantes al premio segundo deberán remitir sus trabajos por duplicado antes del 1° de Octubre de 1951, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se escribirá únicamente el lema del mismo, consignando, además, en la parte superior izquierda lo siguiente: "Para el Concurso de Premios de la Real Academia de Medicina de Sevilla". En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá escrito en su exterior el mismo lema del trabajo, y en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio, título profesional y Facultad que lo expidió.

5°—Podrán aspirar a este premio todos los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios españoles.

6°—Las obras, para obtener premio, deberán tener mérito absoluto, no bastando el relativo en comparación con las demás recibidas, reservándose el Jurado el derecho de juzgarlo, así como de excluir aquéllas que no hayan cumplido las bases de este Concurso.

7°—El fallo del Jurado será inapelable.

8°—El resultado de este Concurso será dado a conocer por la Prensa y hecho público en la sesión inaugural del Curso de 1952. Igualmente será comunicado directamente a los autores premiados.

NOATA—En el caso de que algunos de los trabajos premiados fueran más de un autor, el Título de Académico Corresponsal sólo será otorgado al primer firmante.

Sevilla, 22 de Febrero de 1951.

El Presidente, **Dr. Eloy Domínguez Rodiño**

El Secretario General, **Dr. Adolfo Caro Villegas.**

NOTAS ODONTOLÓGICAS

El Instituto Nacional de Odontología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ha publicado un folleto conteniendo una conferencia dictada en su auditorium por el Dr. Efraín Mujica Villasmil, acerca de las "CARIES DENTAL — TEORIAS — CONCEPTO ACTUAL". Por creer interesante su divulgación publicamos de seguidas las conclusiones:

1° La CARIES DENTAL es un proceso destructivo de los tejidos duros del diente cuyos factores determinantes existen en el medio-ambiente bucal.

2° La CARIES DENTAL está caracterizada por una descalcificación de la parte inorgánica seguida por una desintegración de la sustancia orgánica del diente **producida por ácidos que resultan de la degradación anaeróbica de los hidratos de carbonos por diastasas bacterianas.**

3° Se calcula que una acidez local igual a pH5 es suficiente para decalcificar el esmalte.

4°—El tiempo durante el cual los ácidos deben permanecer en contacto con el diente para iniciar el proceso carioso **no es conocido.**

5°—Los micro-organismos sindicados como agentes etiológicos de esta enfermedad con el LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS en primer lugar y secundariamente ciertas cepas de estreptococos y estafilococos acidúricos y las levaduras.

6°—Las CARIES DENTAL aparece en determinadas superficies susceptibles del diente sobre las cuales se forman las llamadas **placas bacterianas.** La naturaleza de las placas bacterianas **varía de un diente a otro,** y el número y tipo de micro-organismos que en ellas habitan **puede igualmente ser muy variable,** lo cual explicaría porque en igualdad de condiciones y dentro de una misma boca **unos dientes se carían mien- tras otros permanecen indemnes.**

7°—No existe ninguna relación entre el contenido de calcio, fósforo, cloruros, acidez o alcalinidad de la saliva y la actividad de la CARIES DENTAL.

8°—El dicho muy conocido de que "cada niño cuesta un diente a la madre" **es absolutamente falso.** El embarazo **no es causa de CARIES DENTAL.** Así como el embarazo, tampoco la diabetes, el escorbuto, el raquitismo, la tuberculosis, etc., pueden ser considerados como factores determinantes de la enfermedad.

9° La CARIES DENTAL **no es una enfermedad de desnutrición;** en consecuencia ella no puede ser controlada mediante la adición a la dieta de dosis suplementarias de calcio, fósforo y vitaminas. Estos hechos están de acuerdo con la experiencia clínica. En efecto el estado nutricional del pueblo norteamericano ha mejorado notablemente durante

los últimos cincuenta años y sin embargo la prevalencia de la **CARIES DENTAL** es cada vez más alta y precisamente en los grupos que ocupan una mejor posición económica, cultural y social.

11°. Una abundante evidencia obtenida a base de numerosos trabajos de clínica y experimentación **señala a los azúcares como potentes factores dietéticos en la producción de la actividad de la CARIES DENTAL.**

12°. La más importante diferencia observada entre los individuos susceptibles a la caries y aquellos inmunes a la enfermedad reside en el número de **LACTOBACILOS ACIDOFILOS** que infectan la saliva.

13°. Aglutininas específicas contra los **Lactobacilos** fueron encontradas en el suero de las personas inmunes a la enfermedad.

14c. La **CARIES DENTAL** puede ser controlada por procedimientos dietéticos mediante la restricción periódica de los azúcares de la dieta, de acuerdo con el plan elaborado por el Dr. Philip JAY; de la Universidad de Michigan.

P. O.

LIBROS Y REVISTAS

Archivos de Pediatría. Año I, No. 1 y 2 (Julio y Setiembre) 1950. —
F. Guelardo — San Elías 10. Barcelona-España.

Hemos recibido los dos primeros números de esta nueva revista pediátrica, órgano de extensión universitaria de la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (España).

Su director el Prof. R. Ramos al ofrecer el primer número deja definida claramente la posición de la nueva publicación que la diferencia de sus similares. Estará destinada a revisiones de capítulos de la patología infantil en donde hayan surgido modificaciones importantes. Podrá así el práctico quedar informado de los últimos adelantos en la especialidad, sin estar obligado a consultar numerosas publicaciones.

La nueva modalidad que trata de iniciar Archivos de Pediatría, viene a llenar una necesidad largamente sentida por los médicos prácticos, sobre todo aquellos que ejercen en la provincia y no tienen acceso a bibliotecas especializadas ni el tiempo necesario para dedicarse a investigaciones bibliográficas.

El No. 1 contiene artículos de gran interés práctico como el tratamiento de la meningitis neumococcica, meningococcica, estreptococcica, estafilococcica, a H. influenzae, por el Prof. Ramos; epidemiología, diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la poliomielitis por el Dr. J. Vall Bañeres; la cloromicetina por el Dr. M. Conill Santías; empleo de los aminoácidos en pediatría por el Dr. A. Ballabriga e infecciones respiratorias a virus por el Dr. A. Cloriana.

Otra innovación de Archivos de Pediatría consiste en el formato y encuadernación. Las hojas van perforadas y los artículos clasificados según una clave analítica de manera que se pueden reunir artículos sucesivos acerca de temas afines en una misma cubierta de hojas cambiables. El inconveniente que vemos al sistema es que los pliegos tienden a descuadernarse pues no están cosidos y se corre el riesgo de perder parte de la publicación si es que no se encuaderna o archiva rápidamente.

Recomendamos ampliamente Archivos de Pediatría a médicos prácticos, pediatras y estudiantes de medicina con la seguridad de que encontrarán abundante material moderno, bien organizado y documentado que les permitirá mantenerse al día en los progresos de la medicina infantil.

Deseamos al Prof. Dr. R. Ramos y a sus colaboradores el mejor éxito y larga vida para Archivos de Pediatría.

Guillermo Tovar-Escobar.

REVISTA DE REVISTAS

Contenido

RESUMENES CLASIFICADOS DE ARTICULOS DE INTERES PEDIATRICO.

	Pág.
I—Recién nacido — Prematuridad — Malformaciones congénitas	
Recién nacidos en el cuarto con la madre..	179
Natalidad y mortalidad infantil..	179
Infecciones en retenes de recién nacidos..	180
Infecciones congénitas..	180
Nutrición en prematuros..	180
Proteinemia en prematuros..	181
Digestión de proteínas por prematuros..	181
Carne en la dieta de prematuros..	182
Malformaciones congénitas del corazón..	182
El síndrome del pterigium..	183
II—Alimentación — Nutrición — Metabolismo	
Alimentación materna..	183
Las frutas en la dietética del lactante sano..	183
Harinas enriquecidas en nutrición..	184
Hipoproteinemia por desnutrición en los trópicos..	184
Melanokeratosis escorbútica..	184
Intoxicación por vitamina A..	185
Nueva dieta para enfermedad celiaca..	185
Exceso de electrolitos..	186
Deficiencia de potasio en la estenosis pilórica..	186
Uso del cloruro de potasio en el tratamiento preoperatorio de la estenosis pilórica..	186

III—Enfermedades diarreicas

Epidemia de diarrea en niños alimentados al seno.. . . .	187
Estreptomycin en el tratamiento de las diarreas del lactante y del prematuro.. . . .	187

IV—Enfermedades infecciosas agudas

Diagnóstico hematológico de la rubeola.. . . .	188
Aureomicina y penicilina en el tratamiento de la rubeola.. . . .	188
Herpes zoster, tratamiento con cloromicetina.. . . .	188
Vaccinia.. . . .	188
Brucelosis infantil.. . . .	189
Meningitis por <i>Fecalis alkaligenes</i> en recién nacidos.. . . .	189
Meningitis meningococcica.. . . .	189
Fiebre reumática y glomerulonefritis.. . . .	190
Cortisone en la corea de Sindénham.. . . .	190
Tratamiento de la fiebre tifoidea con cloromicetina.. . . .	191

V—Enfermedades infecciosas crónicas

Consecuencias de la vacunación B. C. G.. . . .	191
Mantoux y parche de tuberculina en niños australianos.. . . .	192
Incidencia de sensibilidad a la tuberculina en niños hospitalizados.. . . .	192
Tratamiento de la tuberculosis en lactantes y niños.. . . .	192
Aureomicina en el tratamiento de la buba.. . . .	193
Tratamiento de la sífilis congénita con penicilina procaina.. . . .	193

VI—Sangre — Sistema hemopoyético

Trombopenias adquiridas de la infancia.. . . .	193
Vitamina K en la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido.. . . .	194
Enfermedad por células falciformes y embarazo.. . . .	194
Poliaglutinabilidad de los eritrocitos en una meningitis a meningococos.. . . .	194

VII—Aparato respiratorio

Laringotraqueitis y laringotraqueobronquitis aguda obstructiva.. . . .	195
Trilobectomia en dos tiempos por bronquiectasia.. . . .	195

	Pág.
XIV—Neurología — Psicología — Psiquiatría	
Poliradiculoneuritis..	204
Olineuritis cerebral..	204
Hemiplegia infantil tratada porextirpación de hemisferio cerebral	204
Incontinencia psicogena de las heces..	204
Anormalidades psíquicas de los ilegítimos y de las madres solteras	205
Nueva aplicación terapéutica del ácido glutámico..	205
Efectos del ácido glutámico sobre la inteligencia humana..	206
Acrodinia infantil..	206

XV—Terapéutica — Antibióticos	
Polimixina B y Polimixina E..	206
Neomicina, uso clínico en diez casos..	207
Terramicina, estudios clínicos, farmacológicos y bacteriológicos.. .	208
Interferencia del cloroamfenicol con la acción de la penicilina.. .	209

I. — RECIÉN NACIDO — PREMATURIDAD — MALFORMACIONES CONGENITAS

Recién nacidos en el cuarto con la madre. Obligatorio en el Servicio de recién nacidos en el Hospital Duke. A. Mc Bryde- J. A. M. A., 145: 625 (marzo) 1951. — La permanencia del recién nacido en el mismo cuarto de la puerpera es ventajoso para ambos, para los abuelos, pediatras y administradores de hospital. A medida que se van acostumbrando al plan los parteros y las enfermeras llegan a aceptarlo también. Haciendo al plan obligatorio y explicando previamente sus ventajas a la madre ha evitado muchas de las desventajas del plan opcional. El costo del plan de madre-niño en un cuarto es menor que el de un retén. No se requiere equipo especial ni modificación de los cuartos o salas de hospitalización. Todo lo que se necesita es la cuna ordinaria con un gabinete de almacenamiento debajo. No hay nada nuevo en el mundo y estamos regresando a un método más seguro y sano de cuidar a los lactantes. Ahora que tan gran porcentaje de niños nace en hospitales, es nuestra responsabilidad hacer ese proceso tan seguro y sano como sea posible. Se espera que en el futuro los hospitales serán construídos sin retenes para recién nacidos normales nacidos de madres sanas.

G. Tovar.

Natalidad y mortalidad infantil en el primer año de la vida en la provincia de Padua durante los últimos catorce años con atención especial a los nacidos de parto gemelar y plurigemelar. D. Agosto. Il Lattante, 22: 14, 1951 — Los autores han comprobado que: 1) la natalidad ha ido disminuyendo independientemente de las condiciones creadas por la guerra afectando particularmente las zonas rurales de la provincia; 2) la mortalidad general e infantil han ido en descenso, ésta última de un modo más acentuado representando actualmente cerca de 1/9 de la mortalidad general; 3) la disminución de la mortalidad infantil se ha reflejado sobre todas las causas más comunes de mortalidad pero en especial sobre las enfermedades del aparato respiratorio; 4) las causas congénitas, debilidad y malformaciones mantiene el primer lugar, seguido por enfermedades de la nutrición, que alcanzaron el segundo puesto en los últimos años y por último enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades contagiosas; 5) de los gemelos recién nacidos más de 1/3 murió durante el primer año, de los triples más de la mitad murió durante el primer año; 6) entre los gemelos y triples la debilidad congénita y malformaciones representa 72,4% y 80,9% respectivamente como causa de mortalidad.

G. Tovar

Infecciones en retenes de recién nacidos. K. Campbell. *Med. J. Australia*, 38 (1): 138 (Enero) 1951. — La autora describe en forma general el problema de infecciones en retenes, considerando los puntos siguientes: modo de introducción de la infección al retén, modos de transmisión, medios instituidos para combatir la infección, medidas a tomar cuando aparece un caso de infección. Discute los varios tipos de infecciones como sepsis, infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias e infecciones a *Monilia*.

G. Tovar

Las infecciones congénitas. H. Sloboziano (Bucarest) *Arch. Francaises Ped.*, 8: 265, 1951 — El feto está bajo la acción de los anticuerpos transmitidos por la madre, lo que hace que, en cierto número de casos, la infección fetal no se presenta con gran virulencia durante la vida intrauterina. Después del nacimiento, decrece la inmunidad pasiva y los gérmenes adquieren toda la virulencia en un organismo dotado de débiles medios de defensa. El autor presenta casos de septicemias congénitas a estreptococos, (enfermedad de Buhl, ictericia grave, y forma caquetica de septicemia) gonococos, colibacilos (enfermedad de Buhl colibacilar, meningitis) neumobacilo de Fredlander, (meningitis); infecciones pleuropulmonares congénitas (bronconeumonía, pleuresia), infecciones pleuropulmonares interpartum; peritonitis fetales a *fecalis alcaligenes* y endocarditis congénitas.

G. Tovar

Nutrición de niños prematuros. C. A. Smith. *Nutr. Rev.*, 8: 353 — La sobrevivencia del prematuro, en la gran mayoría de los casos, se decide a los pocos días del nacimiento. Lo que se da al prematuro de alimento parece tener menos consecuencia inmediata que la manera como es administrado. Si el niño vive, entonces el tipo de alimento si determinará un crecimiento satisfactorio o no. No solo importa una cantidad adecuada de calorías sino también las cantidades individuales de elementos nutritivos. El prematuro requiere proporcionalmente cantidades mayores y adiciones más tempranas de suplementos a la dieta. Los requerimientos elevados de vitamina C, por ejemplo, son necesarios para metabolizar completamente los aminoácidos aromáticos en el prematuro. La alimentación prolongada exclusiva con leche materna parece no producir una mineralización tan satisfactoria como con leche de vaca aunque se hagan adiciones de vitamina D. La cuestión de si el prematuro debe recibir leche de mujer, presumiblemente más digerible pero de contenido mineral demostrado más bajo que la leche de vaca, no ha sido aún resuelta unánimemente. En ambos casos hay que administrar temprano suplementos de hierro y vitaminas. El hierro medicinal parece no evitar la "anemia de la prematuridad" pero si acelerar la regeneración cuando esta ya se ha iniciado. Entre las vitaminas, el ácido ascórbico llena una necesidad especial en el metabolismo proteico de los prematuros. No hay evidencia de que el pre-

maturo es más susceptible al escorbuto por ingesta o almacenamiento. La evidencia clínica indica requerimientos altos de vitamina D para la profilaxia del raquitismo. Estudios metabólicos sugieren que los pobres depósitos de calcio y fósforo del prematuro pueden resultar menos que adecuados para el crecimiento del esqueleto si el niño es alimentado con leche materna, pero el grado de riesgo no ha sido aclarado. También falta acuerdo en si las necesidades de vitamina D del prematuro son en realidad más elevadas cuando se administra una cantidad adecuada de calcio y fósforo en la dieta. La situación con respecto a vitamina K no ha sido aclarada y con respecto a la vitamina A el interés se limita al proceso de absorción. Quizá el problema más grave que plantea la prematuridad fuera de su causa y prevención es quizá la fibroplasia retrolenticular, un proceso que se presenta en los ojos de niños prematuros de menos de 1.800 gms. algunas semanas después del nacimiento y que puede progresar hasta la ceguera parcial o completa. Su origen se desconoce. Varias teorías propuestas no han recibido confirmación. Se sospecha una carencia de un factor alimenticio. Se ha mencionado la vitamina E. La nutrición del prematuro ofrece pues numerosos problemas interesantes al investigador.

G. Tovar

Proteinemia en prematuros — Drs. Oscar Correa y Humberto del Pozo. — Revista Chilena de Pediatría, Año XXI, No. 12. Dic. 1950.

Los autores dan a conocer determinaciones de proteínas sanguíneas totales en 109 prematuros, de peso variable entre 1.600 y 2.500 grs. en buenas condiciones de salud y cuya evolución ponderal se conformaba a la esperada para ellos. Las proteínas se determinaron mediante procedimiento refractométrico.

Se obtuvo un valor promedio de proteínas totales de 56,4 grs. por mil (más o menos 6,8) el que comparado con el correspondiente a lactantes de término, encontrado en un trabajo anterior (58,9 más o menos 8,9-) da una diferencia que es estadísticamente significativa ($X/6 = 2.24$). Se comentan brevemente estos resultados.

Resumen de los autores

La digestión de proteínas por prematuros medida por la absorción de nitrógeno derivado de la ingestión de proteína total o de proteína hidrolizada. M. S. Feinstein y C. A. Smith. Pediatrics, 7: 19 (Enero) 1951 — La absorción de nitrógeno derivada de mezclas de leche de vaca suplementada con cantidades iguales de nitrógeno en forma de caseína o caseína hidrolizada, fué determinada en veinte períodos metabólicos en cinco prematuros. Este suplemento de proteína representó de un 33,3% a un 46,2% de la ingestión de nitrógeno y el total de nitrógeno

ingerido representó de 4.22 a 8.49 gramos de proteína por kilogramo de peso. Con ambos suplementos se obtuvo una absorción del 86% al 94% del nitrógeno de la dieta. Con ninguno de estos dos suplementos se obtuvo siempre una mayor absorción de nitrógeno que con el otro. Tampoco se obtuvo siempre un mayor aumento de peso con un suplemento que con el otro. Estos dos hechos corroboran la creencia prevaleciente de que la digestión de las proteínas no se ve afectada en prematuros.

Resumen de los autores

El uso de carne en la dieta de prematuros. T. R. C. Sisson, A. F. Emmel y L. J. Filer Jr. *Pediatrics*, 7: 89 (Enero) 1951. — Los prematuros retienen y utilizan la proteína de la carne tan bien como la de la leche, siendo por consiguiente una fuente de proteína tan eficiente como ésta. La absorción de las grasas por el prematuro no se altera significativamente cuando en su dieta se substituye parcial o totalmente la grasa de la leche por la grasa de la carne, o por grasa de carne y aceite de oliva. Las carnes coladas no contienen una cantidad suficiente de Ca y P para mantener un suministro adecuado de estos minerales, si el prematuro no los recibe de otras fuentes como la leche o suplementos minerales puros. Las carnes coladas constituyen una excelente fuente de hierro (Fe) para los prematuros. El hierro de la carne es bien absorbido por ellos, pero el grado de almacenamiento y utilización requiere más investigación.

Resumen de los autores

Malformaciones congénitas del corazón en la práctica pediátrica. M. L. Powell. *Med. J. Australia*, 38 (1): 85 (Enero) 1951. — El autor resume los datos principales que hay que tener en cuenta para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas del corazón de la manera siguiente: 1.—La inmensa importancia de un silencio absoluto durante la auscultación. 2.—La facilidad con la cual pueden pasar desapercibidos soplos anormales en la infancia y la prudencia en la interpretación del significado de dichos soplos. 3.—Las limitaciones de la radiología en el diagnóstico, la mayor importancia de la radioscopia comparada con la radiografía y la importancia creciente de la angiocardiógrafa. 4.—La necesidad de evidencias múltiples, clínicas, radiológicas y otros métodos especiales de investigación para asegurar el máximo de exactitud diagnóstica. Dos signos únicamente pueden ser clasificados como patognomónicos, el soplo del conducto arteriovenoso permeable y la ausencia de los pulsos femorales en la coartación de la aorta. Bara vez fallan. 5.—La operabilidad de cinco lesiones: conducto patente, tetralogía de Fallot, coartación de la aorta, ciertas anomalías de los grandes vasos y estenosis pulmonar pura.

G. Tovar

El síndrome del pterigium. E. Rossi y A. Caflisch- *Helvetica Ped. Acta*, 6: 119 (Abril) 1951. — Los autores analizan 177 casos descritos en la literatura como síndromes de malformaciones múltiples con pterigium y además 20 casos personales. Describen el cuadro clásico bajo el término de síndrome del pterigium. La presencia, al lado de signos característicos comunes, de una malformación suplementaria encontrada en ciertos casos, permite distinguir 5 subgrupos: status Ullrich bilateral, distrofia brevicoli congénita, infantilismo pterigio-nucal, status Ullrich unilateral, pterigio-artromio-displasia congénita. Se someten a crítica las teorías patogénicas sobre todo las de Bonnevie y de Bagg, Plajens y Sturkie. Su transposición a la patología humana, aunque sugestiva necesita ser confirmada. Por el contrario, el carácter hereditario de la afección debe ser reconocido.

Artículo original en francés ilustrado con numerosas fotografías, cuadros y diagramas.

G. Tovar

II. — ALIMENTACION — NUTRICION — METABOLISMO

Alimentación materna. F. Charlotte Naish. *Brit. Med. J.*, 4707: 607, (Marzo) 1951 — La autora discute los problemas de la alimentación natural en relación con la práctica de la medicina socializada en Inglaterra.

G. Tovar

Alimentación al seno en Bristol. A. I. Ross y G. Herdan. *Lancet*, 260: 630 (Marzo) 1951 — La incidencia de la alimentación al seno en Bristol ha caído considerablemente en los últimos 20 años. En 1949, 36.2% de los lactantes eran alimentados al seno a los 3 meses comparado con 77% en 1929-30. El destete fué ocasionado por agalactia de causa no determinada en 64.4% de las madres y sólo en 2.2% por necesidad de trabajar.

G. Tovar

Las frutas crudas y cocidas en la dietética del lactante sano. E. Rodríguez Salinas y J. Villa Campos. *Rev. Cubana de Ped.*, 23: 125 (Marzo) 1951. — Se presenta un trabajo sobre la importancia de las frutas en la dietética del lactante sano. Se intenta hacer una clasificación de las frutas: se analiza la composición de las mismas y se señala la importancia e influencia que sobre dicha composición tiene el proceso de maduración, así como otros factores que alteran el valor nutritivo de las frutas. Se hace un estudio de las frutas más utilizables en la Dietética Infantil Cubana, señalando la importancia de cada una de ellas. Se revisa los modos de administración de las frutas y se hace un esquema cronológico del mismo. Se estudian las propiedades terapéuticas de las frutas haciendo más extenso su estudio en lo que se

refiere a su acción antidiarreica y laxante. Finalmente se considera la influencia que el Status Económico-Social de la población cubana tiene sobre el desenvolvimiento y progreso de nuestra Dietética Infantil.

Resumen de los autores

Observaciones sobre el mejoramiento proteico con harina de trigo de baja depuración. Suplemento con soya y gérmenes de cereales en un programa de nutrición italiano. R. Flumerfelt-Ballietto, P. de Cárpio y E. L. Sevringhans. *Il Lattante*, 22: 149, (Marzo) 1951. — Las observaciones resultantes del análisis de las dietas de lactantes y niños en Nápoles en 1945 han indicado deficiencias de proteínas, calorías, vitamina A, ácido ascórbico y a veces calcio. Se ha prestado especial atención en aumentar el contenido de proteínas del pan y de las pastas mezclando harinas de alto contenido proteico a la harina de trigo distribuida por la U. N. R. R. A. Los autores han estudiado 4 diferentes clases de harina: de soya, de germen de trigo, de germen de maíz indio y de semillas de girasol. El resultado fué que las harinas conteniendo un suplemento de germen de trigo o de soya al 10% dieron pan y pasta que fueron del gusto de adultos y niños italianos. Los beneficios, respecto al contenido de proteínas y el bajo costo, son tales que aconsejan su uso rutinario.

G. Tovar

Hipoproteinemia debida a desnutrición en los trópicos. E. Stranaky, D. F. Davis-Lawas e I. Lawas. *J. Trop. Med.*, 54: 53 (Marzo) 1951. — Los autores practicaron determinaciones de proteína del plasma en 150 niños en los primeros años de vida, en los trópicos. Encontraron niveles de proteína del plasma inferiores a los límites inferiores de lo normal en 45 por ciento de todos los casos. La hipoproteinemia fué debida a hipoalbuminemia en la mayoría de los casos. De 149 determinaciones se encontraron valores de albúmina por debajo de 4.5 gm. en 130 casos y por debajo de 4 gm. en 113. Los niveles de globulina son más bien altos, de ahí la inversión de la relación albúmina globulina. Se encontraron sinembargo 51 casos con relación A/G alta, debida a valores de globulina extremadamente bajos. Los autores discuten la asociación de la hipoproteinemia con otras deficiencias, lo mismo que la importancia clínica de la hipoproteinemia, hipoalbuminemia e hipoglobulinemia.

G. Tovar

Melano keratosis escorbútica. W. Ehrengut. *Annales Paediatrici*, 175: 413, (Diciembre) 1950. — Con ocasión de dos casos el autor pone de relieve la hiperpigmentación del escorbuto infantil, la que en uno de los casos estaba combinado con keratosis. Después de una exposición de las relaciones entre la suprarrenal, la vitamina C y el metabolismo de los pigmentos en la enfermedad de Addison y de Basedow,

discute la génesis de los pigmentos y el papel del ácido ascórbico. A este respecto formula la hipótesis de una etiología de la melanosis en el escorbuto, que sería debida a un menor tenor de vitamina C y de un grupo sulfidril en la piel, estas sustancias encontrándose sin duda asociadas a un sistema óxido reductor. Un trastorno correlativo en los niveles de vitamina A y C se considera como un factor etiológico en las keratosis escorbúticas. A causa de la distrofia generalizada y de la carencia de vitamina C, es preciso admitir también que el sistema endocrino está lesionado, especialmente la suprarrenal. El autor hace notar el parecido con la melanosis de Riehl y la tasa de cobre sanguíneo también aumentada allí y que considera como un síntoma de hiperfuncionamiento tiroideo.

G. Tovar

Intoxicación por vitamina "A". D. Gribetz, S. H. Silverman y A. E. Sobel. *Pediatrics*, 7: 372, (Marzo) 1951. — Los autores reportan dos casos de intoxicación por vitamina A y conjuntamente revisan la data experimental y clínica publicada. El primer caso reportado presentó la mayor concentración de vitamina A del plasma, siendo este aumento principalmente debido a la fracción alcohólica de vitamina A. Esta elevación de la fracción alcohólica posiblemente indica la presencia de grandes reservas de vitamina A en el hígado. Los autores presentan data demostrando que la fracción alcohólica es un índice más exacto de hiperavitaminosis que la concentración de vitamina A total. Además, se presenta evidencia indicando que el factor tóxico de la hiperavitaminosis es la elevación permanente del nivel de vitamina A del plasma. Se señala la similaridad entre los estudios experimentales en animales y las observaciones reportadas en el primer caso. Los autores destacan los puntos importantes y necesarios para el diagnóstico de la hiperavitaminosis A, y se discute el diagnóstico diferencial con otras condiciones similares. En conclusión, se indica que un exceso de vitamina A es tan peligroso como la ingestión deficiente.

Resumen de los autores

Nueva dieta para la enfermedad celiaca. W. G. Wyllie, W. W. Payne y D. W. Benton. *Arch. Dis. Child.*, 26: 4 (Febrero) 1951. — Se describe un ensayo terapéutico en 19 casos de enfermedad celiaca tratados con la dieta de frutas y vegetales de Briercher-Benner seguidos por un período de 3 a 6 años. De los 19 pacientes sólo 9 han seguido con éxito el régimen original y han evolucionado bien. Se reseñan las ventajas de esta dieta, la principal es la deficiencia relativa de proteínas de primera clase, produciendo en muchos casos hipoproteinemia y edemas. A partir de este ensayo se ideó una nueva dieta de cuatro fases, que se describe siendo una modificación de la usada primero por Fanconi. Seis casos nuevos y cuatro viejos han sido tratados con esta dieta y seguidos por un período de dos a tres años, con resultados alentadores hasta ahora.

G. Tovar

Efectos de excesos de electrolitos. J. L. Gamble y colaboradores. *Pediatrics*, 7: 305, (Marzo) 1951. — Los efectos de la ingestión de varias sales de sodio y potasio en la retención de electrolitos y en la distribución del agua del cuerpo fueron estudiados en niños con crecimiento normal. Se observó que el ajuste renal siguiente a la ingestión elevada de sales, se realiza lentamente, lo que resultó en la retención de grandes cantidades de los electrolitos añadidos a la dieta, durante un período de estudio de ocho días. Se encontró, que un aumento en la retención del sodio fué acompañado por una reducción en la retención del potasio, y el efecto reverso se obtuvo cuando el potasio fué administrado. Durante la administración del bicarbonato de soda, una gran parte del sodio retenido fué transferido al compartimiento intracelular; mientras que la administración de cloruro de potasio produjo el desplazamiento del sodio intracelular. Estos intercambios de sodio evitan alteraciones del bicarbonato del plasma en presencia de retenciones variables de sodio y cloruros. En relación al tratamiento de la deshidratación con agua y electrolitos, los resultados de estos estudios indican el peligro de la sobrehidratación, particularmente si el tratamiento es continuado después del replazamiento de las pérdidas de fluido del cuerpo. Así mismo, indican que el uso excesivo de soluciones de cloruro de sodio o bicarbonato de sodio pueden agravar una deficiencia potásica existente.

Resumen de los autores

Deficiencia de potasio en la estenosis pilórica. C. F. Hawkins, T. L. Hardy y H. H. Sampson. *Lancet*, 260: 318 (Febrero). 1951. — Los autores relatan el caso de un paciente con estenosis pilórica complicada con depleción de sales y uremia extrarrenal que se mejoraba solo temporalmente con infusiones de glucosa salina normal. La apatía, atonía muscular, bradicardia y respiraciones superficiales apuntaban hacia una deficiencia de potasio, lo cual fué confirmado por los hallazgos electrocardiográficos y que no fué excluido por un nivel de potasio en el suero solo ligeramente por debajo de lo normal. Los autores discuten los factores etiológicos como desnutrición, vómitos y deshidratación e indican los peligros de la administración de solución de cloruro de sodio. El reconocimiento temprano de la hipokalemia es muy importante en aquellos casos con depleción de sales y uremia extrarrenal que no responden al tratamiento usual. En el caso presente la infusión subcutánea de cloruro de potasio produjo mejoría dramática de los síntomas y vuelta a la normal del trazo electrocardiográfico. Durante un tiempo los síntomas de hipokalemia regresaban si se paraba el tratamiento, pero finalmente el paciente curó completamente.

G. Tovar

El uso del cloruro de potasio en el tratamiento pre-operatorio de la estenosis pilórica del lactante. — F. M. Mateer, L. Greeman, A. C. Austin, J. H. Peters, H. Mermelstein, F. Weigand y T. S. Danowski.

Am. J. Med. Sciences, 221: 21, (Enero) 1951. — La medida de los intercambios internos y externos después de la inyección de cloruro de sodio y potasio junto con glucosa a 6 lactantes convalescentes de vómito de estenosis pilórica reveló una retención del potasio administrado, principalmente en las células, y del sodio y cloruro en el líquido extracelular. Las implicaciones terapéuticas de estos cambios (como las sustancias que deben ser administrados y sus concentraciones y mezclas frente a soluciones individuales) se discuten brevemente.

G. Tovar

III—ENFERMEDADES DIARREICAS

Una epidemia de diarrea en niños alimentados al seno. M. E. Wegman. J. A. M. A., 145: 962 (Marzo) 1951 — Una epidemia de diarrea de carácter explosivo, con dos picos de incidencia, ocurrió en un período de 18 días entre 367 recién nacidos expuestos. La incidencia total fué baja pero los niños alimentados al seno fueron principalmente afectados. No hubo muertes y el agente etiológico no fué descubierto.

Un posible vector, en forma de una solución de ácido bórico contaminada usada para la higiene de los senos, ha sido implicado.

G. Tovar

Estreptomicina en el tratamiento de las diarreas del lactante y del prematuro en el medio hospitalario. A. Manterola, O. Undurraga y J. Meneghello. Rev. Chilena Ped., 22: 15 (Enero) 1951. — Se presentaron 109 casos de diarrea tratados con estreptomícina; 63 eran lactantes distróficos, 45 tenían diarrea de tipo disenteriforme y 18 toxicosis. Los pacientes recibieron las medidas terapéuticas habituales, además de la estreptomícina, de acuerdo con la gravedad del cuadro. El esquema de administración del antibiótico fué el siguiente: 150 mg. por kg. de peso en 24 horas, repartidos en 100 mg. por vía oral y 50 mg. por vía intramuscular, dosis que fueron fraccionadas según la gravedad del paciente. En general, se prefirió alternar la vía oral con la parenteral. En los distróficos con diarrea de tipo disentérico, el efecto de la estreptomícina pareció de gran eficacia, tanto por la rápida mejoría del estado general en la mayor parte de los casos, como por la rápida normalización de los signos de inflamación intestinal. Así mismo asistimos a la desaparición de los germenos patógenos con suma rapidez. En los niños con toxicosis no hemos comprobado que la estreptomícina haya mejorado el pronóstico sombrío que tiene este cuadro en el medio hospitalario, ni tampoco que haya influido en forma ostensibles en la regresión de los síntomas en los casos mejorados. Nos parece que las condiciones nutritivas deficientes en nuestros casos ha sido la causa principal de este fracaso. Pero, dado los buenos resultados obtenidos en la toxicosis del lactante eutrófico, la acción antimicrobiana sobre la flora intestinal que ejerce el fármaco y la grave-

dad extraordinaria del cuadro en nuestro material hospitalario, estimamos prudente asistir al paciente con todos los recursos a nuestro alcance. En la diarrea de los prematuros el empleo de la estreptomicina ha significado aparentemente un avance de positivo valor. Hemos observado cierta disminución de la mortalidad por el rubro diarrea en el prematuro, en estos últimos tres años en nuestro hospital. Al mismo tiempo hemos comprobado recuperación de casos muy graves, y mejoría pronta y manifiesta de las deposiciones en la mayor parte de los enfermitos que se recuperaron.

Resumen de los autores

IV.—ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

El diagnóstico hematológico de la rubeola. J. Bernard y P. Grenet. Arch. Francaises Ped., 8: 128, 1951. — En el curso de la rubeola los autores han observado frecuentemente una plasmocitosis neta aunque moderada, (5 a 15%) es de aparición precoz y se observa también en el curso de formas frustas y latentes. Recalcan la importancia del diagnóstico de la rubeola con objeto de ejercer profilaxia en la mujer embarazada.

G. Tovar

Uso de la aureomicina y penicilina en el tratamiento de la fase pre-eruptiva y comienzo de la fase eruptiva de la rubeola. S. Karelitz, H. King, B. Curtis y M. Wechsel. Pediatrics, 7, 193 (Febrero) 1951.— La administración de aureomicina o de penicilina a niños con rubeola en la fase pre-eruptiva o durante el primer día de la erupción no tuvo efectos terapéuticos definidos sobre el curso de la enfermedad. La temperatura cedió más tempranamente en los pacientes tratados con aureomicina o penicilina que en el grupo de control. Tanto la aureomicina como la penicilina fueron efectivas contra otitis media y neumonías presentes en la admisión del paciente al hospital, así como en las complicaciones desarrolladas durante el curso de la enfermedad. Los autores señalan la utilidad de la aureomicina y penicilina en la prevención y tratamiento de las infecciones secundarias de la rubeola.

Resumen de los autores

Relato de dos casos de Herpes Zoster tratados con "cloromicetina". N. F. Babbaje. Med. J. Australia, 38 (1): 339 (Marzo) 1951. — El autor relata la rápida curación de dos casos de herpes zoster en adultos, tratados con cloromicetina.

G. Tovar

Vacunación antivariólica seguida de vaccinia prolongada. J. A. Bigler y E. L. Słotkowski. Pediatrics, 7: 24 (Enero) 1951. — Cambios clínicos, histológicos e inmunológicos ocurren en la vacunación

contra la viruela. Después del desarrollo completo de la reacción en el noveno o décimo día, las lesiones vaccinales se secan, forman costra y cicatrizan. Histológicamente, ocurren cambios degenerativos e irritativos en la epidermis, posiblemente debidos a la acción directa del virus sobre las células epiteliales. Inmunológicamente, los anticuerpos humorales contra la vacuna comienzan a aparecer al final de la primera semana siguiente a la vacunación, aumentando progresivamente durante la segunda y tercera semana para alcanzar un nivel máximo al final de la tercera semana. La causa probable de la involución de la lesión vaccinal después de la fase pustular, es la aparición en la sangre de anticuerpos específicos que neutralizan el virus. La persistencia de lesiones vaccinales histológicamente activas, aproximadamente cuatro meses después de la inoculación del virus, puede explicarse solamente por la imposibilidad del paciente en desarrollar suficiente inmunidad contra el virus de la vacuna. Consiguientemente, la acción degenerativa del virus de la vacuna continúa actuando sin oposición.

Resumen de los autores

Patología de la brucelosis infantil. A. P. H. Degoy. *Rev. Med. Córdoba*, 39: 14, (Enero) 1951 — El autor presenta una revista de la literatura argentina y extranjera acerca de la brucelosis en niños.

G. Tovar

Meningitis aguda por *Faecalis alkaligenes* en recién nacidos. E. Peluffo, N. L. Surraco. *Arch. de Ped. del Uruguay*, 2: 105, 1951. — Presentan los autores cuatro casos de meningitis aguda por "*faecalis alkaligenes*" en recién nacidos, comprobado por cultivo del L. C. R. Todos terminaron con la muerte. Reafirmaron la teoría expuesta en trabajos anteriores de que la frecuencia de infecciones graves en recién nacidos por gérmenes huéspedes habituales del tracto intestinal (*proteus*, *coli*, etc.), es debida a condiciones immuno-biológicas de esa edad y a la incompleta estructuración y organización de los sistemas de defensa local y general del organismo del recién nacido, por lo que atravesarían la barrera de defensa y por vía hematógena colonizarían en cualquier órgano o serosa. Por idénticas razones suponen la acción patógena de gérmenes saprofitos en otras edades, localizados en las otras mucosas y aún en la piel. En la revisión de la literatura no han encontrado publicaciones de casos semejantes a los que relatan.

J. J. Mayz Lyon

Meningitis meningococcica en Paraná en los últimos cinco años. J. Drumond de Carvalho. *O. Hospital*, 39: 83 (Marzo) 1951. — En los últimos 20 años la incidencia de la meningitis a meningococos en el Estado de Paraná no incluyendo los últimos 5 años (1945-1949) fué pequeña, con una rata de mortalidad anual de 0-3. En los últimos 5 años se ha presentado un alza de la mortalidad hasta 18 casos al año.

Durante ese período se han registrado 267 casos con 92 muertes, distribuidas irregularmente en 38 de las 80 comunidades en que está dividido el Estado. Los autores basan su estudio en 210 casos repartidos en 7 comunidades. La rata de mortalidad fué 21.9% para la totalidad de los casos pero solo 6.76% para 74 casos atendidos en el Hospital Osvaldo Cruz (Caritiba). La enfermedad fué más prevalente en invierno. El sexo masculino fué más atacado, la relación fué de 2.4:1. Todas las edades fueron afectadas notándose marcada parcialidad por niños de 0-3 años y adultos de 19-21 años; 24% de los casos se presentaron en niños por debajo de 12 años, este porcentaje aumenta a 41.59 % cuando se estudia la incidencia exclusivamente en la población civil. Se encontró 20.32% de portadores entre los contactos.

G. Tovar

Fiebre reumática y glomerulonefritis. S. A. Hartman y E. F. Bland. *Am. J. Med.*, 10: 47, (Enero) 1951. — La asociación de fiebre reumática y glomerulonefritis ha sido revisada y un nuevo estudio hecho de su ocurrencia en series clínicas y de autopsias. Las series clínicas consisten de 117 pacientes con glomerulonefritis aguda estudiados en el Massachusetts General Hospital durante la década de 1937 a 1946. Las series de autopsias consiste de 188 protocolos de la Casa del Buen Samaritano en donde se han estudiado y seguido aproximadamente 3,000 niños y adolescentes con fiebre reumática y cardiopatías desde 1921. Glomerulonefritis aguda y fiebre reumática aguda ocurren simultáneamente en 2.5 por ciento de las series de casos diagnosticados clínicamente como nefritis aguda (117 casos). Un 1.7 por ciento adicional tuvieron carditis reumática. Tres por ciento de la serie reumática estudiada post-mortem (118 casos) tenía glomerulonefritis aguda. En un 2 por ciento adicional se presentó glomerulonefritis crónica. Así en la serie de nefritis 4.2 por ciento tenía ataque reumático agudo o crónico del corazón mientras que en las series reumática, 5 por ciento tenía glomerulonefritis aguda o crónica.

La nefritis ocurre algo más frecuentemente en pacientes con fiebre reumática y carditis reumática de lo que se sospecha generalmente, y a la inversa, ataque del corazón puede ocurrir a pesar del predominante ataque renal en ciertos casos de nefritis. A pesar de que el estreptococo beta hemolítico es el agente precipitante más frecuente en ambas enfermedades, el factor determinante en cuanto a suceptibilidad del órgano es desconocido.

G. Tovar

Cortisone en la corea de Sindenham. Relato de dos casos. N. Aronson, H. S. Douglas y J. M. Lewis. *J. A. M. A.*, 145: 30 (Enero) 1951. Dos niños con corea aguda fueron tratados con cortisone y no experimentaron efecto beneficioso alguno.

G. Tovar

Tratamiento de la fiebre tifoidea del niño con cloramfenicol (cloromicetina) suministrado cada doce horas. J. Meneghello, O. Undurraga y S. Rubio. *Rev. Chilena de Ped.*, 22: 15 (Enero 3 1951. — Se relatan 44 casos de fiebre tifoidea en niños tratados con cloromicetina. El tratamiento se llevó a cabo, dando la droga en una dosis de ataque de 50 mg. por kilo de peso cada doce horas, hasta la caída de la temperatura; en seguida se continuó con la mitad de la dosis hasta completar más o menos catorce días. Se observó la mejoría de los 44 pacientes y hubo sólo 2 recaídas entre ellos.

Resumen de los autores

V.—ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS

Acercas de las consecuencias de la vacunación B. C. G. — S. A. Kostic - Yoksic (Belgrado). *Arch. Francaises Ped.*, 8: 245, 1951. — El autor reporta los resultados de la vacunación por B. C. G. de treinta mil niños efectuada en Belgrado por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia, de noviembre de 1948 a marzo de 1949. En ningún caso se hizo desinfección de la piel. Los datos fueron recogidos a manera de encuesta dirigida a los maestros de las escuelas cuyos alumnos habían sido vacunados. En gran número de casos de la 3a a 5a. semana después de la vacunación, apareció una reacción local con formación de absceso frío insignificante, que al abrirse espontáneamente deja cicatriz fibrosa, a veces queloidea. En una centena de casos se observó el fenómeno de Koch, lo que prueba una alergia tuberculosa previa a la vacunación. Cree el autor que el error de vacunar a estos niños se puede explicar por las causas siguientes: el uso del parche de Moro que ha probado ser insuficiente en la determinación de la alergia tuberculínica; mala interpretación de la reacción obtenida con la tuberculina purificada y por último a la vacunación de niños alérgicos a la tuberculina, sea por error o por deseo de los padres que consideran el B. C. G. un remedio contra la tuberculosis. Se encontraron una docena de casos de linfadenitis becegeica (sic) o becegeitis supraclavicular o subaxilar de evolución benigna aunque dos casos evolucionaron hacia la supuración. La alergia post vaccinal (investigada entre la 8a. y 12a. semana) se obtuvo en 86 a 88% de los casos.

G. Tovar

Estudio clínico sobre la inocuidad del B. C. G. — M. E. Perdicologos. *Arch. Francaises Ped.*, 8: 25, 1951. — Sobre 2.548 recién nacidos vacunados en el Centro anti-tuberculoso de la Cruz Roja Griega, por el método de las escarificaciones cutáneas y seguidos de cerca durante 5 años, no ha sobrevenido ningún accidente que pueda ser imputado al B. C. G. ni al método de las escarificaciones. Los autores consideran que la aplicación de este método es una garantía contra todas las complicaciones habituales. La reacción a la tuberculina se hi-

zo positiva rápidamente (generalmente en el curso de un mes). En el curso del primer año se obtuvo 98,4% de reacciones positivas a la tuberculina en lactantes vacunados una sola vez, después del nacimiento.

G. Tovar

Pruebas de Mantoux y parche de tuberculina en niños australianos. J. Margolio. *Med. J. Australia*. 38 (I): 433 (Marzo) 1951 — Se han comparado los resultados de una encuesta con 1.000 pruebas de Mantoux de rutina en niños de 0-13 años con los de una encuesta semejante efectuada en 1946. El porcentaje medio total de positivos fué de 19.1% comparado con 31.6% en 1946, la caída más grande reflejándose en el grupo menor de edad. Esta mejoría se atribuye a las medidas anti-tuberculosas tomadas en años recientes. La importancia diagnóstica de la prueba de Mantoux es evaluada para cada grupo de edades y se considera la significación de la intensidad de la reacción. Se establece la correspondencia entre la prueba del parche de tuberculina y la prueba intradérmica.

G. Tovar

Incidencia de la sensibilidad a la tuberculina en niños hospitalizados. M. J. Lunn. *Lancet*, 260: 370 (Feb.) 1951 — La autora hace un estudio de la sensibilidad a la tuberculina de todos los niños admitidos a las salas de medicina de un hospital de niños, en los diez años 1940-49. El grupo estudiado comprende edades de 0 a 13 años. La proporción de reacciones positivas varió de 10.2% en 1944 a 20.3% en 1948 (media 14.2%). La rata de sensibilidad a la tuberculina para las diferentes edades comienza a 2.4% en el grupo de 0-1 año y se eleva a 41.8% en el grupo de 12-13 años. En 6 de 40 casos que fueron controlados se presentó reversión del Mantoux. Hubo 37 casos de tuberculosis en niños Mantoux negativo. La mortalidad por tuberculosis en los diversos grupos de edades varió de 62% en lactantes infectados menores de 1 año hasta 5% en los grupos de edades mayores. La mayor reducción de mortalidad se presentó entre el tercero y cuarto año. La rata media de mortalidad en todos los grupos de niños de hospital infectados fué 22.7%. Termina la autora enumerando las diversas lesiones tuberculosas responsables por la muerte; en 88% de los niños que murieron de tuberculosis se encontró evidencia de meningitis.

G. Tovar

El tratamiento de la tuberculosis en infantes y niños. R. H. High. *Pediatrics* 7: 215 (Febrero) 1951. — El uso de la estreptomina o de la dehidro-estreptomina, combinada con otros agentes como Promizole (R) y PAS, es de gran valor terapéutico en las formas severas de tuberculosis infantil. Se señala que las formas de tuberculosis pulmonar progresiva y de tuberculosis miliar responden satisfactoriamente

al tratamiento. El pronóstico de la meningitis tuberculosa sigue siendo grave, pero en algunos pacientes esta infección ha sido aparentemente detenida. El autor no recomienda el uso de la estreptomina en pacientes padeciendo de tipos de tuberculosis de pronóstico favorable. Esta recomendación se basa principalmente en la toxicidad potencial de la droga y en el posible desarrollo de una resistencia del bacilo tuberculoso a la acción de la estreptomina.

Resumen de los autores

Aureomicina en el tratamiento de la buba. E. H. Longhlin, A. Joseph y K. Shaeffer. *Am. J. Trop. Med.*, 31: 20 (Enero) 1951. — Estudio efectuado en Enero 1950 en Puerto Príncipe, Haití, en 30 pacientes de buba de edades comprendidas entre 7 y 61 años. El grupo representaba lesiones de todos los tipos: primarias puras, secundarias, terciarias, plantares, palmares y algunos presentaban combinaciones de dos o más tipos de lesiones. Todos los casos fueron seropositivos. Los autores determinaron que una dosis total de 10 gm. de aureomicina convierte todos los casos infecciosos en no infecciosos, cura las lesiones primarias y secundarias y mejora las lesiones terciarias. Ensayan dos planes de dosificación, ambos por vía oral, en uno se administró la aureomicina a la dosis de 2 gm. una vez al día por 5 días, y otro con 5 gm., 3 gm. y 2 gm. en días sucesivos por tres días. Ambos planes dieron resultados igualmente favorables. Los treponemas desaparecen de los exudados después de 48 horas de tratamiento. Las lesiones primarias, secundarias y plantares mejoraron rápidamente y curaron completamente en períodos de 5 a 30 días. Las lesiones terciarias mejoraron notablemente. No se encontraron reacciones tóxicas, excepto vómitos en dos niños de 7 y 8 años respectivamente.

G. Tovar

Tratamiento de la sífilis congénita con penicilina procaína en solución acuosa. A. de Córdova. *Rev. Cubana Ped.*, 23: 159, 1951. — Se reporta el resultado del tratamiento con penicilina procaína en 9 lactantes y 1 niño de 3 años y medio con sífilis congénita. Las dosis por libra de peso en la casi totalidad de los casos osciló entre 100, 150 y 200.000 unidades. La duración del tratamiento fluctuó entre 10 y 15 días. El tiempo de observación comprende desde 1 hasta 22 meses. El resultado es de curación aparente en 3 enfermos, satisfactorio en 4 e incierto en 3. No se presentaron reacciones de importancia a la penicilina procaína.

Resumen de los autores

VI.—SANGRE. SISTEMA. HEMOPOYETICO

Trombopenias adquiridas de la infancia. R. Debré, M. Lamy y J. P. Soulier. *Arch. Françaises Ped.*, 8: 1, 1951. — Sobre 35 niños atacados de púrpura trombopenica los autores han considerado que 10 pre-

sentaron trombopenias permanentes constitucionales y 25 trombopenias agudas, sea de ataques únicos o a recaídas intermitentes sin estigmas en el intervalo de los ataques. Consideran estas formas como secundarias aunque reconocen que en la mayoría de los casos es difícil precisar la etiología exacta. Después de haber eliminado 3 casos por información insuficiente analizan los 22 casos de trombopenias adquiridos, asignándoles las etiologías siguientes: Púrpuras secundarias de causa conocida 10 casos que se detallan así: tuberculosis aguda, 4 casos; púrpura sintomática de una leucemia agda, 4 casos; púrpura secundaria a una meningococcemia, 1 caso; púrpura secundaria a una infección aguda indeterminada, 1 caso. En los doce casos restantes no se pudo descubrir la etiología.

G. Tovar

Vitamina K en la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido. J. D. Hay, P. P. Hudson y T. S. Rodgers. *Lancet*, 260: 423, (Febrero) 1951. — Se administró vitamina K a 4602 mujeres embarazadas, antes del parto. Se reunieron 12.131 controles. Se observó enfermedad hemorrágica en 11 de los recién nacidos, cuyas madres habían recibido vitamina K (1 en 418) y en 23 de los controles (1 en 527). Se concluye que la vitamina K no tuvo efecto en la incidencia de la enfermedad hemorrágica en esta serie.

G. Tovar

Enfermedad por células falciformes y embarazo. L. Figallo Espinal. *Bol. Mater. "Concepción Palacios"*, 2: 63 (Abril) 1951. — El autor relata el caso de una mujer de 16 años, de raza negra que ingresa con embarazo de 7 meses aproximadamente. Presentaba ictericia de 3 meses de duración, mal estado general e historia de dolores articulares. Al examen se encontró taquicardia, reforzamiento del II ruido en la base, y neumonía de la base derecha. Borde inferior del hígado debajo del reborde costal. Úlcera cicatrizada en la pierna izquierda y várices poco marcadas. El examen de la sangre mostró 2.840.000 glóbulos rojos, 9.14 gm. de hemoglobina y la presencia de células falciformes sin preparación previa. Dió a luz un feto macerado que pesó 2000 gm. y midió 46 cm. de longitud. El estudio anatomopatológico dió como causa de muerte asfixia intrauterina. No se observaron células rojas anormales en los órganos estudiados. La radiografía de los huesos largos del feto mostró ensanchamiento del canal medular y retardo de la formación ósea del calvarium en la región temporal. El autor no entra a analizar las relaciones posibles entre la muerte fetal y la enfermedad de la madre.

G. Tovar

Poliaglutininabilidad de los eritrocitos en una meningitis a neumococos. L. Holländer. *Helvetica Ped. Acta*, 6: 149, (Abril) 1951. — Los eritrocitos de un lactante de once meses atacado de meningitis a neumococos, muestran el fenómeno de la poliaglutininabilidad. Esto oca-

siona al comienzo una determinación falsa de grupo sanguíneo seguida de un accidente a la transfusión, después de transfusiones repetidas. Los eritrocitos del paciente son aglutinados por 95% de todos los sueros. Los sueros no aglutinantes provienen de lactantes y niños pequeños, que no poseen aglutininas anti-T. La presencia de las aglutininas T puede evidenciarse por la elución con suero fisiológico. Se discuten las relaciones entre la poliaglutinabilidad y el fenómeno de Hübener-Thomsen-Friedenreich así como la existencia de una "Enzima-recepto- destructora" (Burnet).

G. Tovar

VII.—APARATO RESPIRATORIO

Laringotraqueitis y laringotraqueobronquitis aguda obstructiva. Relato de una epidemia. J. O. Forfar, K. N. Geary y J. Thomson. *Lancet*, 260 (1): 181 (Enero) 1951 — Los autores reportan 22 casos de laringotraqueitis y laringotraqueobronquitis aguda obstructiva aparecidos en un período de tres meses (Agosto-Noviembre 1949) en una ciudad de 182.000 habitantes. La incidencia de edad fué de 4 meses a 9 años, 68% varones y 32% hembras. En todos los casos reportados había obstrucción laringea aguda pero en la población general, al mismo tiempo había una prevalencia de laringitis y laringotraqueitis aguda tanto en adultos como en niños. En todos los casos los síntomas fueron de aparición brusca con dificultad respiratoria. A la admisión los síntomas más marcados eran dificultad respiratoria y postración. Al examen físico síntomas de obstrucción con ansiedad, palidez, estridor, disnea inspiratoria y expiratoria, retracción supra e infraesternal e intercostal. La temperatura fué variable desde normal hasta hiperpirexia y las respiraciones desde 28 hasta 66 por minuto. El examen de la garganta no mostró anomalías o una simple hiperemia. Examen bacteriológico reveló *C. difteriae* en un solo caso y era de la variedad mitis (avirulento). El curso fué corto. En 4 enfermos que murieron la duración total de la enfermedad fué de 10 horas a tres días; en los que curaron la convalecencia se había establecido a la semana. Los hallazgos bacteriológicos fueron de estreptococos hemolíticos y no hemolíticos, estafilococos aureus y albus y sólo en un caso se demostró *H. influenzae* asociado con estafilococos y estreptococos no hemolíticos. Dicho enfermo murió. El tratamiento consistió en humidificación de la atmósfera y administración de oxígeno, quimioterapia y antibióticos. Se trató de liberar la obstrucción respiratoria por medios instrumentales en tres casos.

G. Tovar

Trilobectomía en dos tiempos por bronquiectasia. P. Larghero Ibarz, J. P. Ibarra. *Arch. Ped. Uruguay*, 22: 91, (Febrero) 1951. — Se presenta una observación de trilobectomía, realizada en dos tiem-

pos, en una niña de once años, por bronquiectasia consecutiva a la inhalación, a la edad de siete años, de un cuerpo extraño (pico de celuloide de un pato de juguete). El accidente no provocó fenómenos de obstrucción bronquial. Un mes después, síndrome pleuropulmonar agudo, con expectoración purulenta. Desde entonces, supuración pulmonar que afectó el árbol bronquial de los lóbulos inferior y medio derechos y el póstero-inferior izquierdo. La lingula no estaba tomada. Se resecaron en un primer tiempo los lóbulos inferior y medio derechos y un año después, el lóbulo póstero-inferior izquierdo. El examen patológico mostró las características de una bronquiectasia abscedada. La niña curó completamente, sin déficit funcional clínico del pulmón, pese a que los valores del estudio funcional respiratorio, efectuado 20 días después de la segunda operación, muestran una marcada insuficiencia de la ventilación y de la hematosis.

Resumen de los autores

Abscesos y empiemas tuberculosos consecutivos al tratamiento con penicilina. G. Arce y J. Villota. *Rev. Española Ped.*, 7: 1, 1951. — Presentamos, en este trabajo, trece historias clínicas de niños que padecieron abscesos tuberculosos consecutivos a inyecciones de penicilina, y otras cuatro historias de pleuresías purulentas tuberculosas, subsiguientes a la administración intrapleural del antibiótico. No admitimos, para explicar su producción, la creación de un lugar de menor resistencia en el que se pueden acantonar los bacilos procedentes de otra región de lorganismo. Creemos, más bien, que se ha tratado de complejos primarios, porque en casi todos había sido negativa la reacción a la tuberculina; además, muchos de ellos eran lactantes no expuestos a contagio y algunos sometidos a una vigilancia médica sistemática. Del estudio de nuestros casos no puede dudarse del papel etiológico que representó la inyección de penicilina. Nos queda sin aclarar su mecanismo patogénico, ya que ignoramos si ha sido debido a que la penicilina representa un buen medio de cultivo para determinadas razas del bacilo de Koch o si todo ello ha sido debido a contaminaciones accidentales en el momento de su elaboración. También podría pensarse en contaminaciones del suero empleado para su dilución, lo cual nos parece menos probable. Por todo lo comentado, creemos de interés la presentación de estos casos para señalar la necesidad de investigar detenidamente el pus de todo absceso "aparentemente estéril", que aparezca en el curso del tratamiento penicilínico, así como el llevar un riguroso control bacteriológico en aquellas pleuresías purulentas que en un principio obedecen a la penicilina, pero que más tarde se hacen de evolución interminable. El análisis del pus y la inoculación al cobayo, puede darnos la solución fácil al problema.

Resumen de los autores

VIII.—HIGADO Y VIAS BILIARES

Cirrosis hepática en la infancia. G. Ross Bravo. *Rev. Chilena Ped.* 22: 52 (Febrero) 1951. — Se presentan cuatro casos de cirrosis portal o de la enfermedad de Laennec, 3 de cirrosis biliares consecutivas a malformación congénita de las vías biliares extrahepáticas y 2 observaciones de cirrosis de Marchand. Los dos últimos casos son los primeros analizados en la literatura pediátrica nacional.

Resumen de los autores

Enfermedades de la vesícula biliar en niños. R. N. Jones. *Lancet*, 260: (1) 324, (Febrero) 1951). — El autor relata el caso de una niña de 3 años que fué admitida con historia de dolor abdominal de 48 horas de duración. Presentó vómitos en dos ocasiones el primer día y evacuaciones normales aunque un poco pálidas. Al examen se la encontró bien nutrida con cara enrojecida y palidez perioral. Había rigidez y dolor a la palpación en todo el abdomen, especialmente del lado derecho. El tacto rectal no reveló nada anormal ni el examen del tórax. Se diagnosticó apendicitis aguda. A la operación se encontró líquido purulento en la cavidad peritoneal. El apéndice presentaba apariencia normal; fué extirpado. A la exploración de la cavidad abdominal se encontró una vesícula agrandada y tensa, de coloración violácea que no se podía evacuar por presión manual ligera. Se cerró la incisión de la fosa iliaca derecha y se practicó colecistectomía a través de una incisión paramediana alta. No se encontró anomalía anatómica de las vías biliares. La vesícula de color violácea estaba llena de pus verdoso con floculos, no se podía vaciar por presión. El diagnóstico de colecistitis aguda fué confirmado microscópicamente. No se hicieron estudios bacteriológicos.

El autor pasa revista a la literatura de las afecciones de la vesícula en niños que incluye colecistitis, colelitiasis y la combinación de ambas. Concluye recomendando que en casos de abdomen agudo en niños hay que tener presente la posibilidad de enfermedad de la vesícula biliar, especialmente cuando se halla el apéndice sano y no hay adenitis mesentérica obvia.

G. Tovar

IX.—PANCREAS

Ileus meconial. Fibrosis quística del páncreas. O. Correa B., A. Vargas y H. Jaeger. *Rev. Chilena Ped.*, 22: 74 (Febrero) 1951. — Los autores relatan un caso de ileus meconio, que es el primero en describirse en el país. Se trata de un recién nacido que desde las primeras horas del nacimiento presenta vómitos, primero de mediana intensidad, que después se hacen explosivos, distensión abdominal marcada y falta de expulsión de meconio. El carácter progresivo del cua-

dro, que no cedió a tratamiento médico, junto a manifiesto compromiso del estado general, decidió, al segundo día del ingreso, intervenir quirúrgicamente. En la operación se encontró gran distensión del intestino delgado, en especial del ileon, que se presentaba repleto de meconio espeso, de consistencia de masilla, e hipoplasia del intestino grueso, que aparecía reducido a un tallo filiforme, de diámetro no superior a 5 mm. El lactante falleció 30 horas después de la intervención y la autopsia reveló lesiones marcadas del páncreas, caracterizadas por intensa fibrosis perilobular, alteraciones en la estructura de los lóbulos y acinis y formación de quistes. Se comenta brevemente el caso.

Resumen de los autores

La Función pancreática del recién nacido. C. Vázquez. *Rev. Española Ped.*, 7: 75, 1951. — Hemos investigado la función pancreática en un grupo de quince recién nacidos normales, cuyo peso al nacer oscilaba entre 2.800 grs. y 4.200 grs. De nuestras observaciones se deduce que de los tres fermentos pancreáticos el más constante y de aparición más precoz es la tripsina; al final de la tercera semana, su valor es casi idéntico al del lactante de dos o tres meses. Los valores de la lipasa son un poco más bajos durante los primeros días, pero, al final de la segunda semana, presentan ya una concentración semejante a la que tendrán durante el resto del primer trimestre de la vida. Por el contrario, no se puede precisar exactamente el momento de aparición del poder amilolítico, ya que en unos casos aparece precozmente y en otros no lo hace hasta pasados los quince o veinte primeros días.

Resumen del autor

X.—GASTRO-INTESTINAL

El abdomen agudo en la infancia y la niñez. W. J. Norris y D. Brayton. *J. A. M. A.*, 145: 945, (Marzo) 1951. — Las recomendaciones generales para llegar a un diagnóstico temprano de abdomen agudo en la infancia y la niñez es bueno repetirlas. La historia debe ser tan detallada como fuere posible. Hay que tomar todo el tiempo necesario para el examen físico, incluyendo el número de repeticiones que fueran necesarias para reducir al mínimo el factor miedo del niño y falta de comprensión, de manera de poder demostrar los hallazgos importantes positivos o negativos. Pedir únicamente los exámenes de laboratorio que sean necesarios y esto debe hacerse rápidamente. Los datos de la historia, examen físico y de laboratorio deben entonces ser analizados juntos y cada uno interpretado en relación con los otros. Se lleva a cabo entonces una aplicación metódica de los hallazgos a la mano a las posibilidades diagnósticas para llegar a un diagnóstico clínico sistemático. El diagnóstico patológico exacto se obtiene entonces en el momento de la operación.

G. Tovar

Estenosis pilórica en gemelos. B. W. Powell y C. O. Carter. Arch. Dis. Child., 26: 45 (Febrero) 1951. — Se presentan cuatro pares de gemelos afectados de estenosis pilórica. Tres fueron monocigóticos con uno de cada par afectado. Uno fué dizigótico con ambos gemelos afectados. Incluyendo estos casos, se ha publicado en la literatura 17 pares monocigóticos, de los cuales 5 tuvieron un solo gemelo afectado, y 29 pares dizigóticos de los cuales en tres estaban ambos gemelos afectados. Se citan cifras que muestran que la incidencia de estenosis pilórica es la misma en gemelos que en niños nacidos individualmente.

G. Tovar

Estenosis pilórica en cuatro primos hermanos. C. O. Carter y T. R. Savage. Arch. Dis. Child., 26: 50 (Febrero) 1951. — Hay evidencia de que factores genéticos juegan un papel en la etiología de la estenosis pilórica. Gemelos univitelinos parecen ser más afectados ambos, que gemelos fraternos del mismo sexo, y la incidencia en hermanos y hermanas de niños con estenosis pilórica es más alta que en la población general. Se presenta una familia de once hermanos y hermanas, 5 de los cuales han tenido niños, y de éstos, cuatro han tenido un niño con estenosis pilórica en los que se ha confirmado el diagnóstico por la operación. Esta familia representa una evidencia adicional de que los factores genéticos son en parte responsables por la afección. También sugiere de que si está en juego un gene recesivo de manifestación incompleta, entonces una alta proporción de la población deben ser portadores.

G. Tovar

Invaginación intestinal en el niño. R. Artigas Nambrard. Rev. Chilena Ped., 22: 60 (Febrero) 1951. — El autor ha estudiado 89 casos de invaginación intestinal en los últimos 6 años, 59 varones y 30 hembras de los cuales 71 menores de un año. El 96.6% de los lactantes menores de un año fueron considerados como eutróficos. El síntoma más constante (100%) fué dolor colólico abdominal. En 86 enfermos (96.6%) se comprobó palidez como manifestación de shock. En 79 enfermos (88.7%) se presentó enterorragia espontánea o provocada por enema de agua tibia o introducción de un termómetro. Considera el autor que fué un síntoma de aparición relativamente precoz y no aconseja esperar su aparición para hacer el diagnóstico y proceder al tratamiento pues este síntoma indica mortificación del intestino. Se presentó vómitos en 70.7 por ciento. La temperatura fué normal o discretamente elevada hasta 37.5 rectal. Solamente 24 pacientes presentaron fiebre al ingreso y casi todos correspondieron a procesos con más de 24 horas de evolución. Al examen físico se pudo palpar la morcilla o buditón en 52 casos (58.4%). El diagnóstico fué comprobado por enema baritado en 42 de 57 enfermos examinados. En los 42 ca.

sos positivos se ensayó de curar la invaginación aumentando la presión del enema, obteniéndose resultados en 14 casos, de los cuales 9 con menos de 6 horas de evolución y ninguno con más de 24 horas. Los 28 casos restantes fueron operados. En 8 de los casos operados se comprobó que la invaginación se había reducido con el enema o espontáneamente. De los 75 casos tratados quirúrgicamente hubo veintinueve muertes, 18 de las cuales en pacientes con más de 18 horas de evolución y comprendiendo la totalidad de los 5 casos en que se practicó resección intestinal. Sin embargo la elevada mortalidad se refleja principalmente al comienzo del estudio, en que no se había generalizado el empleo de sangre y plasma en el acto quirúrgico y en que la penicilina tenía un uso muy limitado.

G. Tovar

XI.—ENFERMEDADES RENALES

Efectos de la deshidratación producida por privación de agua, diarrea o vómitos, sobre la función renal de lactantes. P. L. Calcagno y M. I. Rubin. *Pediatrics*, 7: 328 (Marzo) 1951. — Los autores estudiaron los efectos de la deshidratación por privación de agua, vómitos o diarrea en un grupo de 19 lactantes. Siete niños fueron privados de agua durante 4 ó 5 días, provocándoles pérdidas de 3 a 10 por ciento de peso. Se estudiaron además 9 niños con diarrea y 3 con vómitos graves (2 estenosis pilórica, uno con obstrucción del duodeno). Encontraron los autores que la deshidratación por las causas estudiadas disminuye la filtración glomerular y la reabsorción tubular de agua, determinados por la prueba de la excreción del para-amino hipurato y los cocientes de inulina y creatinina. La administración intravenosa de líquidos restablece rápidamente la rata de filtración glomerular.

G. Tovar

Cambios tisulares en el síndrome nefrótico; demostración de la pérdida de potasio. C. L. Fox Jr. y L. B. Slobody. *Pediatrics*, 7: 186 (Febrero) 1951. — Un estudio analítico de músculos voluntarios obtenidos en la autopsia de seis niños con síndrome nefrótico, reveló una pérdida de potasio entre $\frac{1}{4}$ - $\frac{2}{3}$ partes del contenido total de potasio por unidad de peso seco o sólidos. El contenido de fósforo estuvo moderadamente reducido. Los músculos ganaron grandes cantidades de agua, sodio, cloruro, en cocientes aproximados a los del fluido extracelular. Estos valores en pérdida de potasio muscular, fueron comparados con otras formas de depleción potásica; por ejemplo, privación experimental de potasio, tratamiento con desoxicorticosterone, alcalosis y trauma muscular. Debido a que el potasio es un catión intracelular, su depleción puede asociarse con otros efectos importantes de los aniones intracelulares, enzimas o agentes catalíticos, que conjuntamente con la hipotonicidad e hidratación celular, contribuyen a la produc-

ción de las alteraciones fisiológicas encontradas en este síndrome. El análisis de riñones en estos pacientes reveló alteraciones similares a las encontradas en los músculos, en contraste con el hígado, que solamente demostró cambios mínimos.

Resumen de los autores

Nefronoptosis juvenil familiar. G. Fanconi, E. Hanhart, A. V. Albertini, E. Uhlinger, G. Dolivo y A. Prader. *Helvetica Ped. Acta*, 6: 1 (Febrero) 1951. — Descripción de dos familias cuyos niños mueren muy jóvenes por pequeños riñones contraídos. En la familia St. de 5 niños, 4 sufren con certeza de esta afección, y uno probablemente; en la familia Z, de 5 niños, 3 están atacados. De los 8 niños, 7 son varones y una niña. La anamnesis y la evolución de todos los casos es muy semejante. Los primeros síntomas hacen su aparición a la edad de 2 a 3 años. En la familia St. todos los niños mueren a la edad de 6 años (hemocronia). Los primeros síntomas son polidipsia, poliuria, nicturia, hiperelectrolitemia e hipoglicemia. Nunca hay edemas. Al comienzo no hay albuminuria; más tarde aparece pero moderada. Los otros signos de la afección son igualmente discretos. La anamnesis revela a menudo brotes febriles de corta duración y de naturaleza indeterminada, a veces convulsiones. Poco a poco se instalan los síntomas de insuficiencia glomerular: aumento del nitrógeno total no proteico y de los fosfatos. En la familia Z la hiperfosfatemia ha ocasionado un hiperparatiroidismo secundario (disminución del calcio del suero, retardo del crecimiento, osteodistrofia renal). La regulación del equilibrio ácido básico está trastornada desde el comienzo lo que se traduce por un descenso de la reserva alcalina y disminución del coeficiente amoniacal de la orina. Los niños sucumben a una uremia verdadera. El árbol genealógico de la familia St. muestra tanto en la línea paterna como en la materna un gran número de hendiduras palatinas y labios leporinos. El prof. Hanhart ha citado otra familia en la cual se combinaba una malformación renal a hendidura palatina y labios leporinos. Los exámenes anatómo-patológicos de un caso de la familia St. y de un caso de la familia Z han dado resultados casi idénticos. El fenómeno primario es una desaparición del parenquima renal diferenciado, caracterizado por degeneración hialina de las asas glomerulares y membranas basales de los conductos, atrofia y a veces hipertrofia de los canaliculos renales. La degeneración hialina de los glomerulos no es precedida de procesos inflamatorios. Las arteriolas no muestran lesiones escleróticas. En el caso Z el lóbulo anterior de la hipófisis mostraba eosinofilia pronunciada y pequeñas células transparentes en las paratiroides. Este caso presentaba fibro-osteoclasia pronunciada con formación de tejido osteoide, característico de la osteodistrofia renal. Los autores proponen denominar esta afección, cuya causa es ciertamente un gasto prematuro del parenquima renal "la nefronoptosis juvenil familiar" o "pequeño riñón contraído familiar".

G. Tovar

Osteodistrofia renal. H. C. Bazzano, E. Peluffo, L. Rodríguez Marficorena. Arch. Ped. Uruguay, 2:2 116, (Febrero) 1951. — Los autores presentan un caso en un chico de 7 años que presentaba insuficiencia renal crónica, distrofia ósea, nanismo, hipocalcemia y fosfate-mia normal. La madre comenzó notando que el niño crecía muy poco desde la edad de 5 meses, a los 3 años presentó convulsiones y polidipsia y poliuria marcadas. El niño ingresó al hospital en estado de insuficiencia renal, baja densidad urinaria, albuminuria, hiperazotemia y acidosis. Los autores hacen una descripción clínica y radiológica del síndrome y discuten el diagnóstico diferencial y la etiopatogenia.

G. Tovar

XII.—TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

Consideraciones estadísticas acerca de un ángulo pedigráfico como contribución al estudio del pie plano. C. A. Bauza y G. Solovey de Milechnin. Arch. Ped. Uruguay, 22: 5 (Enero) 1951. — El problema de las alteraciones fisio-mecánicas del pie interesa no solamente al ortopedista, sino también al pediatra general. Corresponde a éste la apreciación de su frecuencia y la labor de higiene y prevención; y a aquél, la profundización de su estudio. El diagnóstico completo debe ser clínico, radiográfico y pedigráfico, dado que cualquiera de estos procedimientos por sí solo es incompleto. Sin embargo, la pedigrafía es útil para la investigación estadística. Si bien nosotros hemos hecho solamente impresiones plantares, señalamos que otros autores han obtenido información muy valiosa con impresiones de pantorrilla, tendón de Aquiles y talón, en las cuales se aprecia la pronación del pie. De las distintas medidas que pueden hacerse sobre la impresión plantar, elegimos para nuestro estudio, el ángulo pedigráfico de Schwartz. Encontramos que la frecuencia máxima corresponde a los alrededores de los 50°; que los valores promediales son bastante más bajos (pies más planos) en los niños pequeños, aumentando gradualmente con la edad y que la frecuencia porcentual de los ángulos menores de 30° y de 33° es de 25,4% y 11,5% en los varones y de 25,1% y 6,2% en las niñas. Una ligera asimetría entre ambos pies es la regla más bien que la excepción.

Resumen de los autores

Acercas de un trastorno esquelético de tipo familiar. H. Zellweger y M. Ebnother. Helvetica Ped. Acta, 6: 95, (Abril) 1951. — Descripción de varios casos de lesiones epifisarias y metafisarias de tipo familiar y de caracteres hereditarios dominantes. Provoca necrosis óseas asépticas multiloculares y la aparición precoz de artrosis deformante. Los cuatro presentan nanismo pronunciado. Dos miembros varones de la familia presentan síntomas de hipogenitalismo, uno con nicturia e hipoglucemia, otro con metabolismo basal aumentado. El carácter de los dos muchachos hace también su educación difícil.

G. Tovar

XIII.— PUERICULTURA — HIGIENE — PEDIATRIA SOCIAL

El niño sano: sus múltiples disfraces. Israel Gordon. *Brit. Med. J.*, 4707: 611, (Marzo) 1951 — Probablemente el problema más difícil en la conducta médica en centros materno-infantiles y en Servicios de Higiene Escolar es decidir lo que es normal y lo que es anormal. Esta cuestión puede presentarse de una manera diferente cuando se pregunta ¿Esta condición requiere o no tratamiento?

El autor describe un gran número de "desórdenes" pediátricos que son simple o generalmente inocuos y que no requieren tratamiento. Entre estos incluye: amígdalas hipertróficas, defectos ortopédicos, fimosis, constipación en niños alimentados al seno, soplos cardíacos inocuos. También se ocupa de un gran número de condiciones de la niñez que son causa innecesaria de ansiedad y que deben de ser ignorados. Llama la atención del gasto innecesario de los dineros públicos en tratamientos no indicados y se hace un llamamiento para la educación de la profesión médica a este respecto. Termina el autor analizando varias definiciones de la salud y propone una nueva.

G. Tovar

Estudio social de cien familias pertenecientes a lactantes internados en el Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". G. Errazquin de Vacca. *Ach. Ped. Uruguay*, 22: 24 (Enero) 1951. — Las viviendas construidas de la más diversa clase de material de toda forma y dimensión, situadas en calles alejadas de los medios de locomoción. Hay casas de inquilinatos, casillas colectivas, ranchos y de edificación mixta, con parte de material y parte de madera o lata; 56 familias tienen una habitación solamente, como única vivienda, en viejas casillas de 5 ó 6 habitaciones, ocupadas por 5 ó 6 familias y disponiendo de un patio o terreno común. Los pisos son de mosaico, cemento, madera o tierra. La ventilación e iluminación es deficiente. En 56 casos la pieza es dormitorio y cocina a la vez. El 17% no tiene ninguna clase de instalación sanitaria; el 62% tiene letrina de hoyo y solo el 21% cuenta con instalaciones sanitarias. Además el baño, o lo que hace de tal es de uso colectivo para todas las familias de la casa, siendo lo corriente un solo excusado para 4 ó 5 familias. El 29% no tiene agua corriente; hay que acarrearla de fuentes públicas generalmente distantes de una a 5 cuadras. Cuando está más alejado abastece el aguatero, pero esto encarece notablemente el líquido. El 39% no tiene luz eléctrica. El mobiliario típico se reduce a camas, mesa, armarios y algún banco de cocina. La cantidad de camas, generalmente 2 ó 3, nunca está en proporción con el número de familiares. En las 10 familias estudiadas hay 11 madres solas que no tienen el apoyo del marido o compañero. Los jornales de los padres de familia van de 4 a 5 pesos al día lo que representa un ingreso mensual de 80 a 100 pesos. Es de notar que el marido distrae una parte de su jornal, siem-

pre excesiva, en alcohol y juegos. Solo el 10% compra el periódico, 2% van al cine y 20% posee aparatos de radio. El 30% de los padres son analfabetos. La ilegitimidad representa un 30%.

G. Tovar

XIV — NEUROLOGIA — PSICOLOGIA — PSIQUIATRIA

Poliradiculoneuritis en un niño. D. C. Henchman. *Med. J. Australia*, 38: (1) 225, (Febrero) 1951 — El autor presenta un caso de síndrome de Guillain-Barré en una niña de cuatro años. El comienzo fué gradual, con parálisis simétricas asociadas con sensibilidad y dolores, afectando principalmente la musculatura proximal. Los reflejos profundos estaban ausentes, el pulso estaba elevado y exámenes repetidos del líquido cefalorraquídeo mostró contenido elevado de albúmina y cuenta celular baja. La curación funcional ha sido completa.

G. Tovar

Polineuritis cerebral. M. Fleury. *Helvetica Ped. Acta*, 6: 62 (Febrero) 1951. — Relato de un caso de parálisis unilateral del facial, glossofaríngeo e hipogloso con líquido cefalorraquídeo normal, en una chica de nueve años después de un enfriamiento (patinaje). El diagnóstico de polineuritis ha sido hecho por exclusión. En nueve niños de la sección de enfermedades infecciosas del Hospital Wilhelmina en Viena se ha atribuido a una polineuritis cerebral parálisis aisladas de los nervios craneales con líquido cefalorraquídeo normal y origen desconocido.

G. Tovar

Hemiplegia infantil tratada por la extirpación de un hemisferio cerebral. R. A. Krynaw. *J. Neurol. Neurosurg & Psychiat.*, 13: 243 (Noviembre) 1950 — El autor ha practicado hemiferectomías en 12 casos de hemiplegia infantil con una muerte. Se consideran como indicaciones de la operación la epilepsia y cambios mentales sean aislados o en combinación. En estos casos ha regresado la fuerza muscular con disminución de la espasticidad y la torpeza después de la operación. En todos los casos se ha notado mejoramiento marcado de la personalidad, comportamiento y mentalidad.

G. Tovar

Incontinencia Psicógena de las heces (Encopresis) R. M. Calzada. *Rev. Española Ped.*, 7: 15, 1951 — Se estudian seis niños afectados de incontinencia psicógena de las heces o encopresis. Si se investigara su existencia entre neuropáticos y familias neurópatas, se hallarían muchos más de los que espontáneamente se nos presentan en consulta. Esto es debido a que se considera enfermedad sin importancia, o, en otros casos, porque avergüenza a los propios padres confesar el padecimiento de su

hijo, por considerarlo como un estigma de inferioridad. Es enfermedad propia de la edad escolar y pre-escolar, más frecuente entre niños neurópatas, y que viven en ambientes propicios, en hogares en los que las condiciones de moralidad, educación y situación económica dejan mucho que desear. Patogénicamente, se aceptan dos mecanismos de producción de la encopresis, que, en la mayor parte de los casos, actuaría conjuntamente. Por un lado, la rapidez e intensidad con que se produce el reflejo de la defecación; en segundo lugar, la falta de inhibición cerebral, en el momento preciso, por estar distraídos en sus juegos o profundamente interesados en el estudio o lectura. Otras veces, el mismo temor a la encopresis, que les avergüenza y que es causa de castigos, hace que no pueda actuar en el momento oportuno la acción rectora del cerebro. En los niños neuropáticos, por su hiperexcitabilidad general y seguramente también local de su mucosa rectal, el reflejo de la defecación se establece con una rapidez e intensidad mayores que en el niño normal. Si en el momento preciso falta la acción reguladora del cerebro, se produce la encopresis. Un tercer factor debe ser tenido en consideración en algunos casos: la hipotonía del esfínter anal. Se sumaría a los dos factores citados, facilitando la incontinencia. El pronóstico es bueno y el tratamiento debe ser psico-terápico, tratando de robustecer la voluntad del niño y convenciéndole de la benignidad de su padecimiento, para cuya curación debe aportar su concurso.

Resmen del autor

Anormalidades psíquicas de los ilegítimos y de las madres solteras. Q. Silvano y P. Giustino- Il Lattante, 22: 90, 1951. — Los autores han estudiado la frecuencia de las anomalías del desarrollo psíquico en niños ilegítimos y anomalías psico-morales de las madres solteras. Han seguido por un período de quince años sujetos asilados en el Orfanato de Imola y han observado una frecuencia marcada de las anomalías mencionadas tanto en los niños ilegítimos como en las madres solteras. Respecto a estas últimas, el gran porcentaje (cerca de 17%) de anormales ha inducido a los autores a considerar que dichas madres no deben ser siempre consideradas capaces para el mantenimiento y educación de sus niños.

G. Tovar

Nueva aplicación terapéutica del ácido glutámico. G. Lodi, Il Lattante, 22: 103, 1951. — El autor ilustra los resultados obtenidos en 40 niños afectados de enuresis, acompañada o no de retardo psíquico con el tratamiento por el ácido glutámico. La duración media del tratamiento fué de 4 meses. Se obtuvieron resultados favorables en 73% de los casos. El probable mecanismo terapéutico del ácido glutámico es discutido.

G. Tovar

Efectos del ácido glutámico sobre la inteligencia humana. J. R. Milliken y J. L. Standen. *J. Neurol. Neurosurg & Psychiat.*, 14: 47 (Febrero) 1951 — Dos grupos de adultos deficientes mentales, un grupo de niños deficientes mentales y dos grupos de niños normales, fueron divididos cada uno en una sección experimental y una de control. Antes y después del tratamiento con ácido glutámico o con una sustancia indiferente, cada sujeto fué sometido a pruebas verbales de aptitud y personalidad. Después de la segunda prueba cada sujeto fué transferido a la sección opuesta para un nuevo período de tratamiento al final del cual se administraron las pruebas por tercera vez. Los resultados de las pruebas de conocimiento no ofrecen evidencia en favor de la hipótesis de que el ácido glutámico mejora las funciones cognitivas, excepto en un grupo de niños normales, cuyos resultados dan evidencia discreta y equívoca en favor de esta hipótesis. Para las hipótesis adicionales, de que los resultados de las pruebas de personalidad mostrarían mejoría, no hubo evidencia a favor.

G. Tovar

Acroдинia infantil. I. Díaz Bobillo, E. L. López y J. M. Riciardone. *Arch. Argentinos Ped.*, 35: 21 (Enero-Febrero) 1951. — Se relatan tres casos de acroдинia infantil; dos de ellos en niñas de 21 y 24 meses de edad que ingresan en mayo y junio del corriente año a la Sala IV del Hospital de Niños. El tercero (clientela privada), en un niño de diez meses en el mes de octubre. La primera observación, internada después de 6 meses de enfermedad, presenta un cuadro clínico completo. La manifestación inicial es una estomatitis. Su curso es prolongado, con varias recaídas y una complicación piógena. Tratada con complejo vitamínico B, extracto hepático, penicilina, estreptomina, aureomicina, polivitaminas, etc. La segunda, con manifestaciones circulatorias, psíquicas y dermatológicas, examinada a poco de su iniciación, sigue un curso favorable inmediato después de administrarle areomicina. Dos meses más tarde tiene recaída, reapareciendo toda la sintomatología. La tercera, de nuestra clientela privada, coincide con una tos convulsiva. Fué tratada con sintomicetina, en lugar de aureomicina, Benadryl inyectable, estreptomietina, etc. Su estudio es muy reciente para poder sacar conclusiones sobre la eficacia del tratamiento. Se hacen diversas consideraciones sobre etiopatogenia, síntomas, formas clínicas y tratamiento de esta enfermedad tan poco frecuente en nuestro país.

Resumen de los autores

XV—TERAPEUTICA — ANTIBIOTICOS

Polimixina B y Polimixina E. B. M. Kagan, D. Korevsky, A. Milzer y M. Locke. *The J. of Lab. and Clin. Med.*, 37: 402, (Marzo) 1951. — La polimixina B es un antibiótico que puede ser utilizado (particularmente en lactantes y niños) con resultados satisfactorios en in-

fecciones graves que no responden a otras medidas más seguras. Tanto la polimixina B como la E muestran marcados efectos in vitro contra algunas de las bacterias patógenas gram negativas que no responden bien clínicamente o in vitro a ninguna de las otras drogas actualmente disponibles. Se presentan los resultados del tratamiento de 36 pacientes. Se encontró que la polimixina B era muy efectiva en el tratamiento de las infecciones urinarias debidas a *E. coli* en niños. También fué efectiva en tres de cuatro niños que tenían infecciones urinarias debidas a *A. aerogenes* y en dos de cuatro niños con infecciones urinarias a *Ps. aeruginosa*. Parece pues que la polimixina B puede ser útil en infecciones urinarias que no responden a otros antibióticos u otras drogas. La polimixina E pudo eliminar infecciones a *E. coli* del tracto urinario de dos de tres niños, pero la cepa usada pareció no poseer ventajas y ser más tóxica que la polimixina B. La polimixina B fué efectiva por vía oral contra infecciones del tracto intestinal por *Shigelas* y *Pseudomonas*. Fué menos efectiva contra salmonelas. No se observó efecto significativo en dos lactantes con infecciones pulmonares persistentes provocados por gérmenes sensibles gram-negativos. Un niño con meningitis a *H. influenzae* fué tratado con éxito con Polimixina B cuando la sulfadiazina, penicilina, estreptomycin y suero específico anti influenza parecían haber fracasado. La polimixina B parece ser menos tóxica que la polimixina D. Las evidencias principales de toxicidad debida a la polimixina D son renales; las debidas a la polimixina B son neurológicas y alérgicas. Los signos neurotóxicos están caracterizados por debilidad, somnolencia, ataxia, adormecimiento de los dedos y pies, trastornos del sentido de posición, vista nublada y diplopía transitorias y nistagmus. Todos estos son generalmente de grado moderado y transitorios. Las evidencias de toxicidad fueron menos marcadas en lactantes y niños que en adultos.

G. Tovar

Neomicina. Resultados de su uso clínico en diez casos. G. G. Duncan, C. F. Clancy, J. R. Wolgamot y B. Beidleman. *J. A. M. A.*, 145: 75 (Enero) 1951 — Se ha demostrado que una gran variedad de gérmenes patógenos insensibles a los antibióticos de uso corriente son sensibles a la neomicina in vitro. Se reportan diez casos en que se ha empleado la neomicina. Cada enfermo presentaba una infección bacteriana debida a uno o más organismos patógenos que eran completa o moderadamente resistentes a la penicilina, aureomicina, cloramfenicol y estreptomycin al paso que todos menos uno —una *Pseudomonas*— se sabía que eran sensibles a la medicina. La droga se administró por vía intramuscular en dosis variables de 4.498 unidades (a un lactante) hasta 100.000 unidades a intervalos de seis horas, durante un período de tres a nueve días. Las concentraciones de la droga en el suero y en la orina van en aumento gradual generalmente alcanzando un máximo después de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento. Los niveles má-

ximos en el suero variaron de 41 a 10 unidades por milímetro cúbico. Los niveles urinarios máximos variaron de 26 a 410 unidades por milímetro. Cantidades determinables persistieron en el suero por 24 a 36 horas después de la interrupción del tratamiento, mientras que la excreción urinaria continuó en cantidades decrecientes por 48 a 72 horas después de la interrupción del tratamiento. Los gérmenes sensibles a la neomicina fueron eradicados de la sangre y del tracto urinario en una forma dramática. Los organismos erradicados no reaparecieron después de la interrupción del tratamiento. Se encontraron evidencias aparentes de toxicidad en un sólo paciente que presentó dificultad auditiva y aumento de la urea sanguínea. Se concluye que la neomicina es un agente terapéutico sumamente efectivo en el tratamiento de infecciones clínicas, especialmente del tracto urinario. La evaluación clínica de la neomicina en el tratamiento de la tuberculosis está en progreso.

G. Tovar

Terramicina: estudios clínicos, farmacológicos y bacteriológicos. R. J. Sayer, J. C. Michel, F. C. Moll y W. M. Kirby. *Am. J. Med. Sc.*, 221: 256, 1951 — Se trataron con terramicina 108 casos de infecciones comúnmente encontradas en las salas pediátricas y de medicina de un hospital general. Los adultos recibieron 1 gm. de terramicina oral cada 6 horas, y a los niños se dió dosis similares de acuerdo con el peso. Diez adultos con neumonía recibieron 250 mg. de una preparación intravenosa dos veces al día. Reacciones tóxicas, náuseas, vómitos y evacuaciones líquidas fueron infrecuentes y en un solo caso suficientemente grave como para requerir la interrupción del tratamiento. Se notó mejoría clínica en 24 de 28 pacientes (85%) con infecciones urinarias y hubo por lo menos esterilización temporal en 20 (71%). Se aislaron cepas resistentes de *E. coli* de 5 pacientes antes del tratamiento. De 21 niños con tosferina, 18 (86%) respondieron a la terramicina con mejoría clínica. De estos, 5 presentaron bronconeumonía que cedió en 4. Estos resultados indican que la terramicina es un agente tan efectivo en la tosferina como la cloromicetina o la aureomicina. Se observaron resultados favorables en 22 de 25 neumonías en niños y en la totalidad de 13 adultos con neumonías bacterianas. Se notaron respuestas favorables en pacientes con disentería bacilar, amigdalitis, erisipela y bronquiectasias. Un paciente con fiebre tifoidea presentó respuesta excelente a la terramicina tanto durante el ataque inicial como en la recaída. En un paciente con endocarditis bacteriana subaguda y en otro con amibiasis, se notó mejoría clínica definida a pesar de que en ambos casos fué necesario cambiar la terramicina por otros agentes quimioterápicos. Dos pacientes con parotiditis complicada con orquitis y uno con mononucleosis infecciosa, mejoraron rápidamente cuando se administró la terramicina.

G. Tovar

La interferencia del cloroamfenicol con la acción de la penicilina.
E. Jawetz, J. B. Gunnison, R. S. Speck y V. R. Coleman A. M. A. Arch. Int. Med., 87: 349, (Marzo) 1951. — Se han demostrado efectos antagónicos in vitro entre el cloramfenicol (cloromicetina) y penicilina con organismos gram positivos (Estreptococos) y gram negativo (Klebsiella) e in vivo en infecciones a estreptococos en ratones. El antagonismo entre ambas drogas se extiende sobre amplios márgenes de concentración de cada droga pero está limitado por el grado de actividad antimicrobiana de las drogas. El fenómeno se observa in vivo cuando las drogas se administran en sitios diferentes, sea en inyecciones únicas o múltiples. Sin embargo el antagonismo ocurre solamente si la cloromicetina es administrada antes o simultáneamente, con la penicilina y no si la penicilina es administrada primero. El antagonismo entre la cloromicetina y la penicilina puede ser vencido por drogas sinérgicas con la penicilina, por ejemplo, la estreptomycin o la bacitracina. Se presenta evidencia que indica que el fenómeno no es de mutuo antagonismo entre las dos drogas sino más bien una interferencia de la cloromicetina con la acción temprana bactericida, o terapéutica, de la penicilina. Las dos drogas no parecen reaccionar entre sí química o físicamente al inactivarse, sino que probablemente la cloromicetina modifica las características de la población bacteriana haciéndola menos susceptible a la acción de la penicilina.

G. Tovar



PUBLICACIONES RECIBIDAS

SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

- Revista Cubana de Pediatría, Vol. 23; Nos. 1, 2 y 3.
 Archivos de Pediatría del Uruguay, Vol. 22: Nos. 1 y 2.
 Il Lattante, Vol. 22: Nos. 1 y 2.
 American Journal of Diseases of Children, Vol. 81: Nos. 1, 2 y 3.
 Revista Chilena de Pediatría, Vol. 22: Nos. 7, 2 y 3.
 Archives of Diseases in Childhood, Vol. 26: No. 125.
 Archives Francaises de Pediatrie, Vol. 8: Nos. 1, 2 y 3.
 Archivos de Pediatría (España), Vol. 1: Nos. 1 y 2 (1950).
 Helvetica Paediatrica Acta, Vol. 6, Nos. 1 y 2.
 Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 35: Nos. 1 y 2.
 Revista Española de Pediatría, Vol. 7: No. 1.
 Current List of Medical Literature, Vol. 20: Nos. 1, 2, 3 y 4.
 Proceedings Royal Society of Medicine, Vol. 44: No. 2.
 Antioquia Médica, Vol. 1: Nos. 5 y 6.
 British Journal of Pharmacology and Chemotherapy, Vol: 6, N° 1.
 British Medical Journal, No. 4.707.
 O Hospital, Vol. 39: Nos. 1, 2, 3 y 4.
 Boletín del Colegio Médico de Camagüey, Vol. 4: N° 1.
 British Journal of Industrial Medicine, Vol. 8, No. 1.
 Annals of the Rheumatic Diseases, Vol. 10: No. 1.
 Thorax, Vol. 6: No. 1.
 Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, Vol. 14: Ng 1.
 Clínica y Laboratorio, Vol. 51: No. 298.
 Medicina Española, Vol. 25: Nos. 142 y 143.
 British Journal of Pharmacology and Chemotherapy, Vol 6: N° 1.
 The Child, Vol. 15: Nos. 5, 6, 7, 8, 9 y 10.
 Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 20: N° 1.
 Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, Vol. 10: Nos 3 y 4.
 Aggiornamento Pediatrico, Vol. 2: No. 1.
 Revista Médica de Córdoba, Vol. 39: No. 1.
 Boletín de la Asociación Médica Nacional de Panamá, Vol. 14:
 No. 1.
 Journal of Nutrition, Vol. 42, N° 4; Vol. 43, Nos. 1, 2, 3, 4 y Vol.
 44, No. 1.
 American Journal of Medicine, Vol 9: No. 6; Vol. 10: N° 1, 2, 3, 4,
 5, 6, Vol. 11: No. 1.
 Annals of Internal Medicine, Vol. 33: N° 6, Vol. 34, Nos. 1, 2, 3, 4,
 5 y 6.
 Journal of Biological Chemistry, Vol. 87: N° 2; Vol. 88: Nos. 1 y 2,
 Vol. 89: Nos. 1 y 2; Vol. 90: Nos. 1 y 2.
 La Presse Médicale, Vol. 58, N° 83, Vol 59: desde el N° 1 hasta
 el No. 41.

The Lancet, Vol. 259: No. 6644; Vol. 260: No. 6645 hasta el No. 669.
 Blood, The Journal of Hematology, Vol. 5: No. 6; Vol. 6: Nos. 1, 2, 3, 4 y 5.
 Nutrition Reviews, Vol. 8: No. 12, Vol. 9, No. 1, 2, 3, 4, 5, 6.
 Journal of the American Medical Association, Vol. 144: N° 18; Vol. 145: completo; Vol. 146, Nos. 1 y 2.
 Archives of Pathology, Vol. 50, N° 6, Vol. 51, Nos. 1 y 2.
 Science, Vol. 112: N° 2922; Vol. 113, hasta el No. 2944.
 Arch. of Internal Medicine, Vol. 86: N° 6, Vol. 87: Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
 Journal of Experimental Medicine, Vol. 92: No. 92; Vol. 93: Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
 Quarterly Review of Pediatrics, Vol. 5: N° 4; Vol. 6: Nos. 1 y 2.
 Endocrinology, Vol. 47: N° 6; Vol. 48: Nos. 1, 2, 3, 4, 5.
 The Journal of Pediatrics, Vol. 37: No. 6; Vol. 38: Nos. 1, 2, 3, 4 y 5.
 International Revue of Vitamin Research, Vol. 22: N° 4.
 American Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. 36: N° 6; Vol. 38: Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
 Pediatría de las Américas, Vol. 9: Nos. 1 y 2.
 The British Journal of Experimental Pathology, Vol. 32: N° 1.
 Excerpta Medica, Vol. 4: Nos. 1, 2, 3, 4 y 5.
 The Journal of Tropical Medicine, Vol. 31: Nos. 1, 2, 3, 4 y 5.
 Nature, Vol. 167: N° 4237 hasta el No. 4258.
 Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 44: Nos. 4 y 5.
 Tropical Diseases Bulletin, Vol. 48: Nos. 1 y 3.
 Medical Journal of Australia, Vol. 1: Año 38, Nos. 1 hasta el 14.
 Prensa Pediátrica, Vol. 2: Nos. 7 - 8.
 Courrier, Vol. 1: Nos. 1, 2, 3, 4 y 5.
 Revista del Hospital Infantil, México, Vol. 6: Nos. 5 y 6.
 Bacteriological Reviews, Vol. 15: Nos. 1 y 2.
 American Journal of Clinical Pathology, Vol. 26: N° 4; Vol. 27: Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y 6, Vol. 11: No. 1.



INDICE DEL VOLUMEN XIII No. 38

Abreviaturas y signos: Trabajo original (+); Caso clínico patológico (Ccp); Editorial (Ed); Traducción (Tr.); Comentarios (c); Abstracto (Abs).

Autores:		Pág.	
Barnola, José	5 +	22	27 Ccp.
Boquien, Y.			67 abs.
Busser, F.			70 "
Comsa, J.			67 "
Costa, A.			65 "
Duhamel			67 "
Earle, A. M.			61 "
}	Fisher, John H.		64 "
	Ferreira, C.		66 "
Grüenwald, P.			69 "
Heinle, Roberto W.			58 "
Hervouet, D.			67 "
Hue, A.			66 "
Kaplan, M.			66 "
Karpinski, Félix			58 "
Kesler Althea			63 "
Kidder, Lewis A.			68 "
Leobarg, Morrison			59 "
Marsh, M.			69 "
Minkowski, A.			66 "
Murzi D' Alta, Julio			38 c.
Oropeza, Pastor			3 E.
Potenza, L.	5+	22	27 Ccp.
Schwarsman, Joseph			59 abs.
Scott, Roland			63 "
Su, T. F.			62 "
Sucre, Armando			45 Tr.
Tovar, Guillermo			17 +

Weber, Eugene..	58 abs.
Wiederhold, A...	65 "
Wu, M. Y...	62 "

Materias:

*Aureomicina, tratamiento con...	38 c.	17 abs.	68 abs.
Cloromicetina y Salmonella bareilly...			68 "
Duodeno úlceras...			64 "
Esofagitis agudas...			69 "
Estreptomina, véase tratamiento...			
Glicogenicos, tumores...			68 "
Hialuronidasa...			59 "
Hiperavitaminosis A...			64 "
Inyecciones, sangre materna e isoinmunización Rh...			66 abs.
Leishmaniosis visceral...			5 +
Leucemias, véase tratamiento...			
Meninges, reacciones en rubeola...			67 abs.
Meningitis tífica...			22 Ccp.
Meningitis tuberculosa y estreptomina...			62 abs.
Metiltestosterone y plasma...			61 "
Neumonías primarias...			66 abs.
Pancreatitis aguda...			27 Ccp.
Píloro, estenosis atípica...			63 abs.
Prematuridad...			45 Tr.
Prematuridad y timo, véase tratamiento...			
Promizole, véase tratamiento...			
Rh, isoinmunización con inyecciones de sangre materna...			66 abs.
Salmonella bareilly...			65 abs.
Tífica, meningitis...			22 Ccp.
Tifoidea, véase tratamiento...			
Tifoidea y pancreatitis aguda...			27 Ccp.
Timo, opoterapia en atrepsicos...			67 abs.
Tosperina, aureomicina en...			38 c.
Tosferina, estreptomina en...			70 abs.
Tratamiento de: Atrepsicos con timo...			67 "
Leucemias con antagonicos ácido fólico...			58 "
Meningitis tuberculosa con cloromicetina...			62 "
Meningitis tuberculosa con promizole...			62 "
Prematuros con testosterona y plasma...			61 "
Tifoidea con aureomicina...			38 c.
Tifoidea con aureomicina...			17 abs.
Tosferina con aureomicina...			68 abs.
Tosferina con aureomicina...			38 c.
Tumores glicogénicos...			68 abs.
Úlceras, duodenales...			64 abs.
Vitamina A, hiperavitaminosis con...			64 abs.

INDICE DEL VOLUMEN XIII No. 39.

Abreviaturas: +; trabajos originales; Cep. caso clínico patológico d. divulgación; abs. abstracto.; Ed. editorial.

Autores	Pág.	
Angelillo, J. C...	64	abs.
Ballabriga, A...	67	"
Banza, C. A...	65	"
Barnola, J... 5 +	12	Cep.
Bloomfield, R...	69	abs.
Bonaba, J... 63	64	"
Buist, E...		"
Bulgarelli, R...	68	"
Burdach, R...	58	abs.
Caffey, A. J...	71	"
Caldwell, F...	69	"
Caobos, J...	63	"
Cardemil, E...	59	"
Castillo, S...	69	"
Craig, J M...	69	"
Cranford, M. T...	72	"
Davis, C...	70	"
Del Carril...	56	"
De La Torre, J...	68	"
Domingo, L...	67	"
Elghammer, W. R...	71	"
Fell, E. E...	58	"
Figueroa, M...	66	"
Finland, M... 65	72	"
Fischer, A. E...	57	"
Garcés, H...	56	"
Garrahan...	64	"
Goluboff, R...	60	"
Guash, J...	62	"
Israels, Sidney...	66	"
Jackson, All...	56	"
Jaeger, H. W...	72	"

Kohn, J. L...	66	abs.	
Lande, L...	69	"	
Latto, M...	69	"	
Lenhdorff...	70	"	
Lund, H. Z...	69	"	
Malony, C. J...	73	"	
Man, Ch. Sh...	66	"	
Menten, M. L. J...	70	"	
Mercer, R...	69	"	
Navarro, O...	63	"	
Neira, M...	59	"	
Oropeza, Pastor...	3	Ed.	
Ortega, R...	57	abs.	
Oyarce, P...	59	"	
Parker, G...	66	"	
Perry, T. L...	71	"	
Philipsborn, H. F...	71	"	
Place, E. H...	65	"	
Potenza, L...	12	Ccp.	
Reichert, J. M...	71	abs.	
Rochester, B...	71	"	
Rosselot, J...	58	"	
Rourke, M...	72	"	
Saldum, M. L...	63	"	
Sariñaga, C...	63	"	
Schiffrin, R...		"	
Scolpini, V...	64	"	
Selander, P...	66	"	
Selfa, J...	67	"	
Solovey, G...	65	"	
Spragins, M...	71	"	
Torres, C...	61	"	
Tovar, G...	5	+	
Wells, E. B...	65	66	"
Zambrano, E...		67	"

Materias:

Acidosis y alcalosis en la clínica..	63 abs.
Alcalosis y acidosis en la clínica..	74 abs.
Alergia en recién nacido..	70 abs.
Ano imperforado e hidrometrocolpos en recién nacido.. . . .	70 abs.
Ascaris, larvas de, causa de eosinofilia crónica con manifestaciones viscerales..	69 abs.
Antiespasmódicos sintéticos, en vómito habitual del lactante..	68 abs.
Aureomicina, tratamiento de la tos convulsa, véase tratamiento	
Barlow, enfermedad de, Bogotá..	61 abs.
Bronquial, obstrucción en la tosferina..	63 abs.
Céfalo-raquídeo, examen bacteriológico del líquido.. . . .	5 +
Cifosis traumática en tétanos del recién nacido..	64 abs.
Cirrosis del hígado, etapas de desarrollo en la eritroblastosis fetal..	69 abs.
Coagulación sanguínea..	
Conjuntivitis del recién nacido..	57 abs.
Dermatitis gangrenosa infantum..	58 abs.
Diarrea aguda, estudio anatomopatológico..	62 abs.
Diarrea infantil, tratamiento con sopa de zanahorias.. . . .	66 abs.
Encefalitis sarampionosa..	71 abs.
Eritroblastosis fetal, etapas de desarrollo de la cirrosis en la	
Gastroduodenal, enzimas, cambios cuantitativos de las, en las	
nefrosis..	70 abs.
Hanger, reacción de..	56 abs.
Hemophilus Pertussis, espectro antibiótico..	66 abs.
Hidrocarburos, véase neumopatías..	
Hidrometrocolpos doble y ano imperforado en recién nacido..	70 abs.
Hipevitaminosis e hiponutrición..	67 abs.
Hiponutrición e hipoavitaminosis..	67 abs.
Leishmaniosis visceral infantil..	67 abs.
Lipemia, respuesta postprandial..	71 abs.
Meningitis purulenta, secuelas	65 abs.
Mongolismo, incidencia del..	66 abs.
Nefrosis, cambios cuantitativos en enzimas gastroduodenales..	70 abs.
Neumonía por Klebsiella..	12 Ccp.
Neumopatías por hidrocarburos..	69 abs.
Novocaína, tratamiento glomerulonefritis agudas, con.. . . .	64 abs.
Operación de Blalock..	56 abs.
Parásitos intestinales, tratamiento de los..	20 d.
Sarampionosa, encefalitis..	71 abs.
Síndrome de Hurler..	58 abs.
Sopa de zanahorias en las diarreas infantiles..	66 abs.
Taquicardia paroxística..	60 abs.
Tétanos, cifosis traumática en, del recién nacido..	64 abs.

Tifoidea, perforación intestinal en la...	63 abs.
Tifoidea, tratamiento con clorofenicol...	65 abs.
Tos convulsa, tratamiento de la, véase tratamiento...	
Tosferina, obstrucción bronquial en el curso de la...	63 abs.
Tosferina, tratamiento con aureomicina...	67 abs.
Tratamiento de: Diarreas infantiles con sopa de zanahorias...	66 abs.
Eritroblastosis fetal...	
Fiebre tifoidea con clorofenicol...	65 abs.
Glomerulonefritis aguda con novocaína...	abs.
Meningitis tuberculosa con estreptomicina...	68 abs.
Parásitos intestinales...	20 d.
Tos convulsa con aureomicina...	56 abs.
Tosferina con aureomicina...	65 abs.
Vómito habitual del lactante...	68 abs.
Úlcera gastroduodenal...	59 abs.
Vitamina A, envenenamiento crónica debido a...	71 abs.

INSTITUTO DE INVESTIGACION PEDIATRICA

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Secretario: Dr. Miguel Raga Mendoza.

Vocales: Dr. Pastor Oropeza, Dr. Espíritu Santos Mendoza, Dr. José Barnola, Dr. L. Potenza, Dr. Ernesto Vizcarrondo.

CONSEJO TECNICO:

Director: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Departamento Médico:

Dr. G. Tovar Escobar.

Dr. Miguel Raga Mendoza.

Jefe del Departamento de Bacteriología y Hematología: Dr. José Barnola.

Jefe del Departamento de Química Biológica: Dr. J. A. Cartaya.

Jefe del Departamento de Publicaciones y Estadística: Dr. Ernesto R. Figueroa.

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica: Dr. L. Potenza.

PERSONAL TECNICO

Mildred Feo: Técnica de Laboratorio.

Bertha L. de Majo: Técnica de Laboratorio.

Delfina Galavis: Enfermera.

Mercedes Monroy: Secretaria-Bibliotecaria.

CONDICIONES DE PUBLICACION.

Los manuscritos y la correspondencia relacionada con ellos deben dirigirse al Director de la Revista: Prof. Pastor Oropeza Apartado de Correos 3122, Caracas, Venezuela.

Los artículos remitidos deben ser inéditos. La Dirección, sin embargo, se reserva el derecho de reproducir los trabajos que a su juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

Los manuscritos se escribirán a máquina, a doble espacio, por un solo lado del papel y con suficiente margen. Las referencias que se admitirán son aquellas que figuren en el texto, dadas en el orden siguiente: Apellido del autor, nombre o iniciales de acuerdo con la publicación original, nombre de la revista, volumen, página y año. Ejemplo: Gutiérrez Solís, A. F. y Acosta, César. Consideraciones sobre 157 intervenciones ortopédicas practicadas en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Vargas, Rev. de la Pol. Caracas. 28: 161, 1950.

Cuando se citen libros debe hacerse constar igualmente el nombre del autor, nombre de la obra, la página o páginas a que se refiere la cita, casa editora, ciudad en que fué editado, año. Ejemplo: Lamy, Maurice, Lamotte, Michel, Lamotte-Barrillon, S. La Denutrition. Pp. 404, G. Doin & Cie. París, 1948. Las abreviaciones o siglas deben ser las adoptadas por The American Medical Association. Para las revistas venezolanas se usarán aquellas adoptadas por la Biblioteca Nacional; véase "Anuario Bibliográfico Venezolano".

Las ilustraciones que acompañen al manuscrito serán numeradas, con sus leyendas correspondientes. Las ilustraciones deben ser de buena calidad y suficientemente demostrativas para su publicación. Si no fuese así, la Directiva se reserva el derecho de publicar el trabajo sin ellas. El trabajo debe tener un resumen en inglés.

La Dirección de la revista no se hace responsable por los conceptos emitidos en los trabajos aceptados para su publicación.

Cada autor de trabajos originales, recibirá 50 reimpresos gratis de los trabajos publicados. Si desea mayor número deberá gestionar su adquisición por escrito. El costo de los reimpresos extras será por cuenta del autor.

1. The first part of the report is a general introduction to the subject of the study. It discusses the importance of the study and the objectives of the research.

2. The second part of the report is a detailed description of the methodology used in the study. It includes information about the sample size, the data collection methods, and the statistical analysis techniques.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study. It presents the findings of the research and compares them with the previous studies in the field.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references. The conclusion summarizes the main findings of the study and provides recommendations for future research. The references list the sources of information used in the study.

5. The fifth part of the report is an appendix containing additional information related to the study. This may include raw data, detailed calculations, or other supporting materials.

6. The sixth part of the report is a bibliography of the literature cited in the study. This provides a comprehensive list of the sources used in the research.

7. The seventh part of the report is a list of figures and tables. This provides a visual representation of the data and results of the study.

8. The eighth part of the report is a list of abbreviations and symbols used in the study. This helps to clarify the meaning of the symbols and abbreviations used throughout the report.

9. The ninth part of the report is a list of acknowledgments. This section is used to thank the individuals and organizations that provided support and assistance during the study.

10. The tenth part of the report is a list of references. This provides a comprehensive list of the sources used in the research.

LABORATORIOS PROTON



GARANTIA CIENTIFICA

AMIDORAL
CARBARGAL
CARBAGAL CON ATROPINA
CEVI-QUINA
DENTIGENOL
FORMETIL
METHION
PROTOGEL
SIGMOGEL
TROFINA
YACRITON VITAMINADO
Gólas
YACRITON VITAMINADO
Ampollas

Medicación eminentemente causal

Antidiarreico absorbente
y antitóxico intestinal

Carbantren <Ciba>

en las afecciones gastro-intestinales

Bismuto-iodoclorooxiquinoleína
pectina y carbón medicinal activo
(Granulado)

Productos <Ciba>

Distribuidores M. Octavio & Ca., Aptdo. de correo 6, Caracas



RETIGEN

VITAMINA B₁₂

ACTIVA POR VIA ORAL

Presentación: frascos goteros de 15 c.c.

Frascos por 20 tabletas

(10 mcgrs. de Vitamina B₁₂ por tableta)

T - B - UNO

Agente Tuberculostático a base
de p-Acetaminobenzaldehido
tiosemicarbazona

Presentación: Tabletas de 5, 25 y 50 mg.



LABORATORIOS ERGOS S. A.

Primera Avenida Las Delicias No. 7

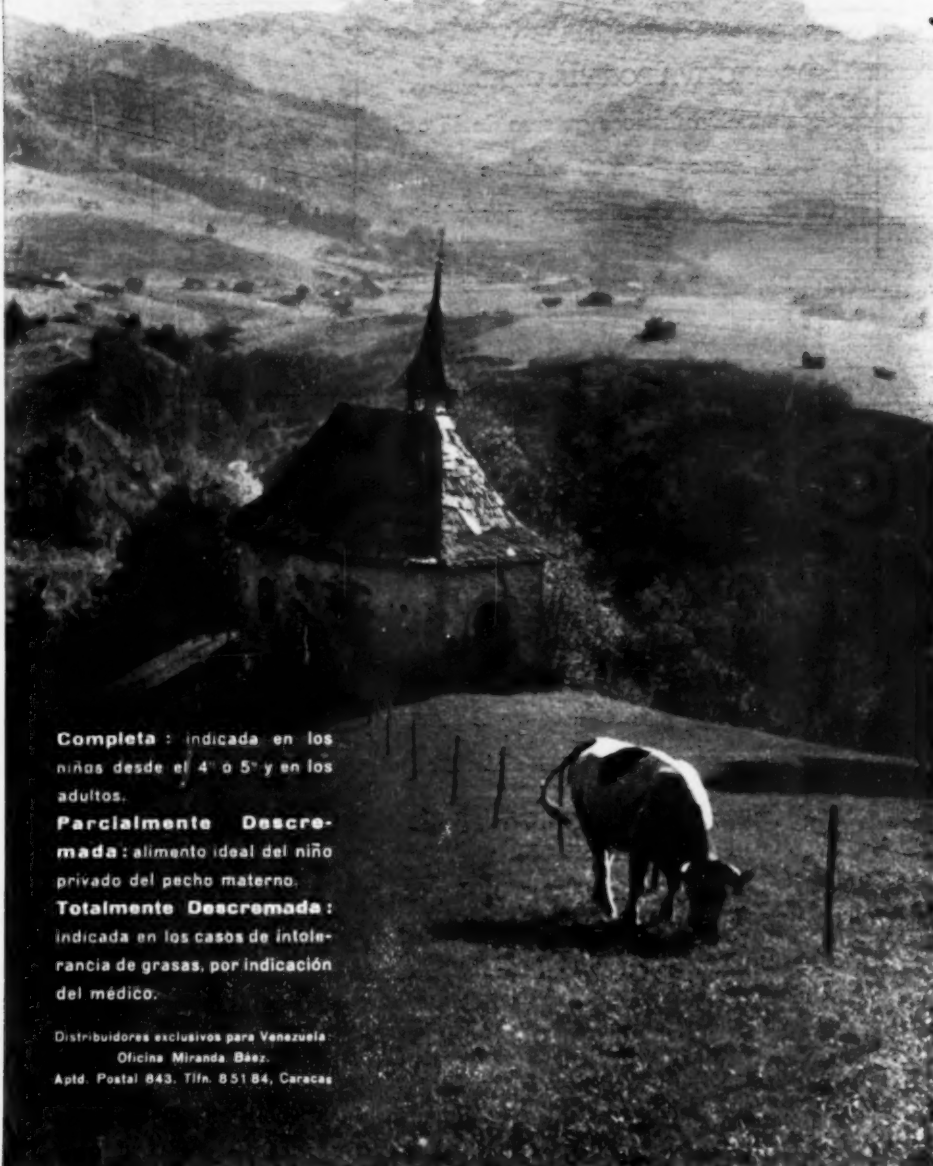
Sbna. Grande — Teléfono 29468

Caracas - Venezuela.

Leche Guigor

PRODUCIDA EN GRUYERE, SUIZA

(EN POLVO, AZUCARADA)



Completa: indicada en los niños desde el 4° o 5° y en los adultos.

Parcialmente Descremada: alimento ideal del niño privado del pecho materno.

Totalmente Descremada: indicada en los casos de intolerancia de grasas, por indicación del médico.

Distribuidores exclusivos para Venezuela:
Oficina Miranda Béz.
Aptd. Postal 843. Tlf. 851 84, Caracas

Las leches en polvo enlatadas, solamente se conservan en perfectas condiciones durante un determinado número de meses.

Cada lata de los diferentes tipos de Leche

Guigoz

tienen claramente impreso en su parte exterior, la fecha hasta la cual el producto puede ser consumido en perfectas condiciones. La Leche es la única en Venezuela que ofrece esta garantía de vital importancia para la salud del niño.

Guigoz

Garantía para el Médico. Seguridad para la Madre. Salud para el Niño

Supositorios
Violequinol
Niños

FORMULA:

Violeta de Genciana 0,025

Sulfato Neutro de Orthoxiquinoléina 0,025

INDICACIONES:

Parásitos intestinales, oxiurosis, colibacilosis,
infecciones intestinales, hepáticas y urinarias.

LABORATORIOS BOUCHET

DISTRIBUIDORES:

ARTURO TOVAR & Co.

CARACAS

THE UNIVERSITY SOCIETY VENEZOLANA, C. A.

Se complace en ofrecer la más completa existencia de
libros sobre enfermedades infantiles:

Entre otros:

BRENNEMANN—Practice of Pediatrics (4 vols.).

Sistema de hojas renovables.

LITCHFIELD & DEMBO—Terapéutica de la infancia
(4 tomos).

LITCHFIELD & DEMBO—Progresos pediátricos.

HESS—El Niño Prematuro.

STRANSKY—Manual de Pediatría.

MITCHELL & NELSON—Textbook of Pediatrics.

BRECKENRIDGE—Child Development.

Y sobre Puericultura:

ZAPATERO—Manual de la Enfermera Puericultora.

BARON—Manual de Puericultura.

Próximamente recibiremos la traducción española de
la obra de **MITCHELL & NELSON**.

San Francisco a Pajaritos No. 19

Tel. 91.085

Apartado 1267

Telegramas: Zigadag

C A R A C A S

TIROTRISOL

SOLUCCION DE TIROTRICINA

La **TIROTRICINA** es un antibiótico de acción más rápida y más enérgica que la **PENICILINA** y las **SULFAS**.

(Heilmann y Herrel: "proc. of the Staff Meet. of the Mayo Clinic. 17.321-327. 1912).

INDICACIONES:

Gargarismos — Enjuagatorios — Anginas gripales — Higiene de la boca — Anginas pultáceas.

MODO DE USAR,

para gárgaras y desinfección de la boca;
Una cucharadita de las de te en medio vaso de agua tibia 3 veces al día, o más a menudo según necesidad del caso.

Como colutorio:

Usar sin diluir, en aplicaciones locales 2 ó 3 veces al día.

FARMACON, S. A.

Laboratorios para la química aplicada
Apart. de Correos No. 3214.—Caracas, D. F.

AUREOMICINA - S. Ch.

(Sabor Chocolate)

Para Infantes

A LA ORDEN DE LOS PEDIATRAS

LEDERLE LABORATORIES

DIVISION AMERICAN CYANAMID

Agentes en Venezuela

LABORATORIOS BIOGEN C. A.

Compañía Anónima Royal

Productos químicos y farmacéuticos

Mayor de Droguería

Piedras a Bárcenas 2-1 — Apartado 584.

Teléfonos 87.074 — 96.972 — Caracas.

SUCURSALES:

Farmacia Puente Hierro

Turno Grupo No. 4

Teléfonos: 91.684 — 81.000

Esquina Puente Hierro.

Farmacia Razetti

Esquina de San Miguel

Turno Grupo No. 1

Teléfonos: 51684—50781.

Farmacia Sta. Rosa de Lima

Calle Real de Quebrada Honda 80-3

Turno Grupo No. 2

Teléfonos: 55.212—56.584

Farmacia Dos Caminos, C. A.

Entrada a la Urbanización La Carlota

Teléfono 32444.

En las anemias escolares y de crecimiento:

Jarabe de Pancrinol Vitaminado

Fórmula:

Extracto Seco de Hígado	3.333	grs.
Acido Fólico	13.33	mgrs.
Riboflavina (Vitamina B ²)	5.00	"
Piridoxina (Vitamina B ⁶)	3.3	"
Niacinamida	66.6	"
Pantotenato de Calcio	33.3	"
Glicerina	20.915	"
Jarabe Azúcar Aromatizada: c. s. p.	100	c. c.

El empleo del "JARABE PANCRIOL" en los anémicos y débiles, proporciona:

- 1) El aumento de número de glóbulos rojos.
- 2) El aumento de la tasa de la hemoglobina en la sangre.
- 3) El aumento de peso.
- 4) Regularización de la tensión sanguínea.

El "Jarabe de Pancrinol" es de fácil administración
y muy agradable al paladar

Muestras y Literaturas a disposición de los
Señores Médicos:

Representaciones

J. Pauly. sus Hijos & Cía., S. A.

Apartado, No. 194 — Caracas



¿Qué mas se puede pedir en un SUPLEMENTO VITAMINICO PARA INFANTES

Las GOTAS VITAMINICAS VI-SYNERAL ofrecen una formula amplia, concebida especialmente para ayudar a proteger la salud del niño contra deficiencias vitamínicas.

Cada dosis de 0.4 cc. (hasta donde marca el cuentagotas) cubre las siguientes abundantes potencias en una solución estable, no alcohólica.

Vitamina A	4000 Unidades Int.
Vitamina B ₁	1 Miligramo
Vitamina B ₂	0.4 Miligramo
Niacinamida	4 Miligramos
Vitamina C	30 Miligramos
Vitamina D	570 Unidades Int.

NO CONTIENEN ALCOHOL

GOTAS VITAMÍNICAS VI-SYNERAL



Disponibles en frascos de 15 cc. y 40 cc. con cuentagotas.

TODAS LAS VITAMINAS IMPORTANTES— Las Gotas Vitamínicas Vi-Syneral suministran todas las vitaminas necesarias del Complejo B para promover el desarrollo, B₁-B₆(G) y Niacinamida—para enriquecer la sangre y formar los tejidos — además de las importantes vitaminas A y D tan empleadas hasta ahora . . . puesto que los conocimientos más recientes sobre problemas de nutrición revelan que muy pocas de estas vitaminas figuran adecuadamente en la alimentación infantil.

NO CONTIENEN ALCOHOL — Las Gotas Vitamínicas Vi-Syneral se ofrecen en una solución acuosa . . . no contienen alcohol que pueda trastornar el delicado estómago de los nenes.

CONVENIENTES — Pueden administrarse fácilmente en la leche, los jugos, las sopas, las fórmulas y los postres, sin alterar en nada su sabor.

ALTA POTENCIA Y ECONOMÍA — Las Gotas Vitamínicas Vi-Syneral contienen altas potencias de todas las vitaminas necesarias para el desarrollo infantil óptimo . . . a un costo diario muy reducido.

• En los nenes que subsisten principalmente con leche, existe siempre el peligro de las deficiencias vitamínicas, el que es aún mayor bajo los estados febriles, la anorexia, la diarrea y los vómitos. Las Gotas Vitamínicas Vi-Syneral garantizan una ingestión óptima diaria de vitaminas . . . para el aumento normal de peso, el desarrollo, y la buena salud general de los nenes.

U. S. VITAMIN CORPORATION

Fabricantes de Vi-Syneral, Vi-Litron, Poly-B y otros productos ético-vitamínicos

250 E. 43rd Street, Nueva York 17, E. U. A.

AMINO - BASAL



Hidrolizado de proteínas polivalentes.

Amino-ácidos — proteosas — peptonas — glúcidos.
vitaminas y minerales esenciales.

*De fácil administración por su solubilidad
y agradable sabor.*

Dosis:

Como alimento exclusivo — 2 cucharadas cada
3 horas.

Como alimentación complementaria — 3 ó 4 cu-
charadas al día.

Puede tomarse directamente o con leche, agua,
jugos, etc.

La fecha indicada en cada lata de los
diferentes tipos de leche

Guigoz

garantiza al niño una leche siempre fresca.

Producida en Vaudens (Gruyère) Suiza.